

INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) es una epidemia que desde que fuera descrita por primera vez en 1981 hasta la actualidad se ha propagado alrededor de todo el mundo, infectando a un promedio de 34 millones de personas y cobrando aproximadamente 28.6 millones de vidas.

Se estima que en todo el mundo 33 millones de personas vivían con el VIH en 2007, el número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3 millones en 2001 a 2,7 millones en 2007. En total, 2 millones de personas fallecieron a causa del SIDA en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones según el Informe sobre la Epidemia Mundial de sida 2008, ONUSIDA. (2010)

En el caso de Bolivia, hasta junio 2013, se notificaron 10.162 casos, entre enero y junio de 2013 se notificaron 890 casos, el crecimiento es exponencial y anualmente por cada 100 casos se registran 25 casos en el sistema, por lo tanto la tasa de crecimiento es del 25%.

Del total de casos notificados hasta junio 2013 se encontraron 1998 (20%) en fase SIDA, según las estimaciones se espera que en el país existan 16.000 casos y se reportan 1.024 fallecimientos por lo que se tiene un total de 9.138 personas que viven con VIH y saben su diagnóstico. De las 9,138, un total de 2.659 (29%) se encuentran recibiendo Tratamiento Antirretroviral (TARV).

Así mismo en cuanto a la caracterización por sexos, se estima que por cada 5 hombres que son diagnosticados VIH positivos, se notifican 3 mujeres. (Ministerio de Salud y Deportes 2013).

Hablamos de *aspectos afectivos emocionales* como elemento adverso al tratamiento y la adherencia, es por eso que es necesario resaltar el impacto psicológico de ser una Persona Viviendo con VIH y SIDA, ya que la vivencia de ser seropositivo, se caracteriza por la ansiedad y la depresión, aspectos que producen cambios emocionales en las Personas con VIH y SIDA relacionado a la adherencia, puesto

que la *adherencia al tratamiento significa cumplir exactamente el esquema indicado* y es sumamente importante en el caso del tratamiento para el VIH, porque las exigencias de cumplimiento de indicaciones son elevadas (casi de 95% a 100 % de adherencia) para que el tratamiento pueda mantener limitado el avance de la enfermedad.

Los pacientes con VIH y SIDA tienen mayor tendencia a manifestar *aspectos afectivos emocionales* como la *depresión, la ansiedad y la autoestima*, que los portadores de otras enfermedades crónicas, manifestando puntajes bajos de autoestima, así como riesgo de abandonar el tratamiento médico, generando baja *adherencia* a los medicamentos. (Alcántara, Z. Natalí, Lima, Perú, 2008).

En cuanto al contenido del presente trabajo de investigación y para su mejor comprensión ha sido organizado en capítulos, los cuales se detallan a continuación:

En el **Capítulo I**, se presenta el planteamiento del problema y la justificación de la investigación, donde se hace la previa descripción.

En el **Capítulo II**, se expone la hipótesis, el planteamiento, el objetivo general, los objetivos específicos, la contextualización de las variables como la operacionalización de las mismas.

En el **Capítulo III**, se incluye la fundamentación teórica, marco conceptual en el que se trata el tema de los aspectos afectivos emocionales como la depresión, ansiedad, y autoestima en pacientes VIH positivos, haciendo una asociación entre estos aspectos y la adherencia a los medicamentos antirretrovirales.

En el **Capítulo IV**, se desarrolla la metodología, que consiste en brindar una explicación y descripción de cómo se va a realizar el estudio. De igual manera se presentan los instrumentos utilizados y se detalla el procedimiento desarrollado en la recolección de datos.

En el *Capítulo V*, se presenta el análisis e interpretación de los resultados de la investigación, después de la aplicación de los instrumentos, los cuales responden a los objetivos planteados en el trabajo.

En el *Capítulo VI*, se plantean las diferentes conclusiones a las que se llega después de realizar el análisis respectivo del tema, a su vez, se dan algunas recomendaciones tanto para posteriores investigaciones dentro del área, como para otros ámbitos de formación.

La *Bibliografía*, que consiste en la selección y presentación de tanto los libros utilizados como las páginas electrónicas consultadas para el enriquecimiento de la investigación.

Finalmente, se hace la inclusión en *Anexos*, donde se presentan los cuatro instrumentos aplicados en la investigación, también se presentan los cuadros y los gráficos como resultado de la investigación.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación pretende identificar la relación existente entre los diferentes aspectos afectivo emocionales y de adherencia al tratamiento en un grupo de personas que viven con VIH y SIDA, tomando en cuenta específicamente a la provincia Cercado de la ciudad de Tarija, en este sentido entendemos que:

Al hablar de *aspectos afectivos emocionales*, sabemos que tanto los afectos como las emociones se encuentran estrechamente relacionados, pues las emociones derivan de estados afectivos producidos por un estímulo situacional exterior y acompañados por un correlato psicofisiológico manifiesto evidente, como la cólera, la emoción, el miedo, etc., y de este modo, existen muchos factores de enfrentamiento del VIH y SIDA sobre todo desde un enfoque integral, que incorpora elementos biopsicosociales y en múltiples investigaciones se ha confirmado la importancia del apoyo psicosocial como un predictor de bienestar y mejoría de la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH, situaciones como la depresión, baja auto estima y otros factores afectan la vida de las Personas que Viven con VIH y SIDA.

La *depresión* se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de distintos países y es reconocido como un problema de Salud Pública que lleva asociada una importante discapacidad funcional. Normalmente, las personas depresivas tienden a encerrarse en sí mismas y perder muchas de las habilidades sociales (como las de relacionarse con otras personas y construir una vida "pública").

La *ansiedad* es una de las reacciones emocionales que se manifiesta con más frecuencia entre los pacientes seropositivos. Igualmente, la infección por el VIH supone incertidumbre que se relaciona con elevados niveles de ansiedad y depresión debido a que los pacientes no conocen cómo va a evolucionar la enfermedad.

La *autoestima* es la fuerza vital que permite a los seres humanos desarrollar la capacidad de apreciarse, de valorarse y respetarse a sí mismos. Se realizará una valoración sobre los autoconceptos de pensamientos negativos y de no valía que repercuten negativamente en la salud de las Personas que Viven con VIH y SIDA.

Estos aspectos afectivo emocionales, son algunos de los que se han presentado por lo general en las Personas que viven con VIH y que les han llevado a no conseguir la *adherencia* requerida y han bajado la posibilidad de tener una buena calidad de vida, los aspectos psicológicos y emocionales de la persona, cuando son deficientes o no existen pueden llevar a la muerte a la persona y no en sí el virus. (Pimentel R., Mónica, Andrade, Aland, Vol. 13, N° 1, 2000).

Es importante considerar toda la teoría e información sobre el VIH desde diferentes perspectivas, como ser internacional, nacional y regional para que se tenga un mayor panorama de la problemática del VIH y SIDA.

Una investigación llevada a cabo en un hospital de Lima- Perú con 196 pacientes infectados con el VIH (Jeri y Lucho, 1993) comprobó que, tanto en etapas seropositivas asintomáticas y sintomáticas, existían trastornos ansiosos en el 18.3 % de los casos, cuadros depresivos en el 26% y síndromes mixtos depresivo-ansiosos en un 25%, vale decir que el 69.3% de estos pacientes presentaban perturbaciones emocionales definidas y persistentes. En esta misma investigación se constató que los primeros pacientes atendidos en otros servicios del hospital, fueron rechazados, discriminados y expulsados de los ambientes en cuanto se conoció su diagnóstico, lo que no sólo ocurrió por parte de enfermeras y auxiliares - que ni siquiera tocaban a los pacientes - sino también por parte de los mismos médicos los cuales daban de alta al paciente al enterarse de la naturaleza de sus síntomas, argumentando que éstos tenían muchas enfermedades o que no se podía hacer nada más por ellos.

Otros países como Botswana se encontraron altos índices de depresión e ideación suicida en pacientes HIV-SIDA. En ésta investigación se halló también un alto

porcentaje de depresión en sujetos HIV positivos, el cual es muy similar al realizado en China. Este alto porcentaje, se explicaría por el sentimiento de desesperanza y de tristeza grave que se posee al saber que se padece una enfermedad sin cura, también quizá se relacione con los efectos adversos del tratamiento antirretroviral. (Alcmeon, 65, año XX, vol. 17, N° 1, junio de 2011).

Según el estudio de Palacios, Rueda y Valderrama realizado en Bogotá, Colombia, 75 sujetos HIV-SIDA, el 38,6% (n=29) tiene o tuvo ideación suicida contra un 61,3% (46 sujetos) que no la tiene o no la tuvo. En este estudio realizado también con el BDI, el 51,9% de los individuos tuvo diagnóstico de depresión. De acuerdo con el presente, el porcentaje de personas deprimidas fue mayor. Es de destacar que en ambos estudios, la frecuencia de ideación suicida es alta y muy similar, esto podría deberse a que el paciente depresivo presenta mayores pensamientos pesimistas con respecto al pasado, presente y futuro, así como también posee mayores cantidades de pensamientos de culpa, autoacusaciones y desesperanza. En individuos con HIV-SIDA, el porcentaje de ideación suicida es mayor quizá porque como fue mencionado anteriormente, dichos sujetos conocen el progreso de la enfermedad, que es crónica, irreversible e incurable, por lo cual los sentimientos de desesperanza son mayores, con tendencias autolíticas. Estudios similares hechos por Jori A, Berger- Greenstein, Cuevas C, en Boston, Massachusetts, dieron como resultado el 72,9% de depresión en 85 pacientes con HIV-SIDA.

En Chile la prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH se describe en torno al (35%), pero existe gran variabilidad en el reporte, con valores que fluctúan entre 20 y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición.

En E.U.A., en una muestra de pacientes infectados por VIH en control, con representatividad nacional, se encontró una prevalencia de depresión, ansiedad y baja autoestima, de 36% durante el último año.

En América Latina, los reportes provienen de Brasil, donde Noqueira y Cols, y Antakly de Meló y Malgebier, observaron una prevalencia puntual de depresión de 21,8% en una muestra mixta y de 25,8% en una muestra compuesta sólo por mujeres, respectivamente. Wolff L. Claudia, Alvarado M. Rubén y Wolff R. Marcelo, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago.

Otros países como el Brasil realizaron estudios de corte transversal realizado en 228 personas viviendo con HIV/SIDA en un municipio del estado de Sao Paulo, durante 2007 y 2008. Los objetivos fueron investigar la intensidad de los síntomas de depresión y ansiedad en individuos con HIV/SIDA atendidos en dos unidades de referencia en Ribeirao Preto, SP, y comparar la calidad de vida con los diferentes grados de intensidad de los síntomas de depresión en esos individuos, según el género. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas individuales, utilizando el Inventario de Depresión de Beck y HIV/AIDS Targeted Quality of Life (HATQoL). Se detectaron 63 (27,6%) individuos con síntomas de depresión (leve, moderado y grave).

Las mujeres presentaron síntomas de intensidad más grave de depresión que los hombres. Individuos con síntomas depresivos presentaron menores puntajes de calidad de vida que individuos con ausencia de esos síntomas, con diferencias estadísticamente significativas entre los valores medios/medianos en la mayoría de los dominios del HATQoL. Revista Latino-Americana, Artículo Original 19(4), jul.-ago. 2011.

Desde el año 2002 se conoce de experiencias y estudios que evidencian el fracaso terapéutico. Se realizó una encuesta en Francia donde después de 20 meses de Tratamiento, el 51% abandona el tratamiento y solo el 33% lo cumple en su totalidad. En consecuencia en el año 2005 se propone Educación terapéutica. Kaplan, Jonathan E., Masur, Henry, King K., Holmes, 2003, Organización Panamericana de la Salud.

Por otro lado, en Bolivia en general se menciona en diferentes investigaciones los aspectos afectivos emocionales por los cuales pasa una Persona con VIH al recibir su diagnóstico y en el proceso del desarrollo del virus, donde se menciona la Fase de la depresión:

En esta fase la persona atraviesa otro estado peligroso para la salud, ya que la depresión incluso en cualquier persona que no viva con el VIH, lo que ocasiona es bajar las defensas del sistema inmunológico.

El virus del VIH, también ocasiona lo mismo, si juntamos ambas acciones son, una bomba de largo o mediano plazo. (Ministerio de Salud y Previsión Social Bolivia, Edit. Institucional, La Paz- Bolivia, 2007).

En cuanto a las enfermedades oportunistas más prevalentes, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA carece de datos nacionales o departamentales, pero se estima que 17% de las PVVS cursan anualmente con alguna.

A través de estudios realizados por organizaciones de PVVS, se observa que en Bolivia los estados de tensión, depresión y ansiedad provocan síntomas de diarreas graves, la tuberculosis y las candidiasis constituyen las patologías más frecuentemente declaradas por las PVVS. (ONUSIDA, Revista Panamericana de la Salud Pública, vol.23 no.4 Washington Abril, 2008, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Bolivia).

Así también en el departamento de Tarija, hasta la fecha, se tiene más de 100 casos confirmados de VIH y SIDA, los casos registrados provienen también de la ciudad de Yacuiba y de la ciudad de Villamontes.(Castellón, Liliana Septiembre, 23, 2013).

Si bien se conocen estos datos estadísticos, no se cuenta con investigaciones específicas ni material bibliográfico sobre la relación de los aspectos afectivos emocionales y la adherencia a los medicamentos en Personas que Viven con VIH y SIDA.

Como se puede evidenciar en diferentes países y en Bolivia misma se hace un estudio sobre las causas por las cuales las Personas con VIH y SIDA no pueden lograr una buena adherencia a los medicamentos y muchas de ellas son a causa de problemas afectivo emocionales como la depresión, ansiedad y baja autoestima, es por ello que surge la necesidad de investigar este fenómeno, donde se toma en cuenta las particularidades de los estados afectivo emocionales de los sujetos y se utilizan escalas de medición como ser Depresión, Autoestima y Ansiedad con el objeto de recabar información pertinente a la investigación.

Por lo que se considera importante realizar este trabajo como aporte científico, objetivo y sistemático del mismo. Esta información podrá ser importante para las próximas investigaciones, puesto que es un tema de relevancia.

Considerando todo esto y siendo que en la ciudad de Tarija no existe un estudio comparativo de estas variables, nos lleva al siguiente problema, conocer:

“¿Cuál es la relación entre los Aspectos Afectivos Emocionales y la Adherencia al tratamiento en (PVVS) Personas que Viven con VIH y SIDA de la Provincia Cercado de la ciudad de Tarija?”.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Este trabajo surge a partir de la necesidad de conocer cómo afectan los aspectos afectivos emocionales en las Personas que Viven con VIH y SIDA, (PVVS) tomando en cuenta los factores como la depresión, ansiedad y la autoestima y su relación con la Adherencia a los medicamentos, puesto que si bien se trabaja en este tema, en nuestro departamento no se investigó.

Por lo que el presente trabajo demuestra una relevancia teórica, debido a que permite conocer los datos arrojados de la investigación sobre la relación de los aspectos afectivos emocionales y la adherencia medicamentosa en Personas que Viven con el VIH, considerando un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmente al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida.

Pero a este principio hay que agregarle otros elementos importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla la consecución de una buena adherencia, considerando a los aspectos afectivos emocionales, como ser la depresión, la ansiedad y la autoestima.

Pero se debe ir más allá en este concepto de adherencia, añadiendo que además debe ser entendido como una expresión concreta del autocuidado que depende del compromiso, la participación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado.

Muchas investigaciones que estudiaron la relación entre la respuesta inmunitaria y el estrés, determinaron que la respuesta es menor cuando la persona está en un proceso de negación o depresión. Ciertas glándulas de nuestro cuerpo alteradas por emociones como la ira o el miedo están conectadas a través de las células nerviosas con nuestras células de defensa y bloquean su trabajo.

Esta información puede ser útil e importante para los centros de Salud quienes tratan diariamente con Personas que Viven con VIH y que sólo toman en cuenta los aspectos de adherencia como una falla del paciente, pero no se consideran los aspectos afectivo emocionales que pueden surgir en los pacientes a la hora de tomar medicamentos antirretrovirales y lograr una adherencia adecuada.

También podrán comprender mejor a la Persona que Vive con VIH y lograr optimizar los resultados de sus intervenciones en el tratamiento farmacológico.

Por otro lado podrá aportar al conocimiento de las mismas (PVVS), Personas que Viven con VIH y SIDA, ya que podrán identificar los aspectos, situaciones físicas y psicológicas que pueden llevarlos a tener una mejor adherencia a los medicamentos y por ende mejorar su calidad de vida, y su entorno con la familia y la sociedad.

2.1. PREGUNTA CIENTÍFICA

¿Cuál es la relación entre los aspectos Afectivos Emocionales y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas que Viven con VIH y SIDA de la Provincia Cercado de la ciudad de Tarija?

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General

“Identificar la relación existente entre los Aspectos Afectivos emocionales y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas que Viven con VIH y SIDA de la Provincia Cercado de la ciudad de Tarija”.

2.2.2 Objetivos Específicos

- ❖ Determinar la adherencia en las Personas que Viven con VIH y SIDA.
- ❖ Identificar el nivel de depresión en las Personas que Viven con VIH y SIDA y su relación a la adherencia.
- ❖ Determinar la relación de la ansiedad con la adherencia de las personas que Viven con VIH y SIDA.
- ❖ Establecer la relación entre el nivel de autoestima y la adherencia en Personas que Viven con VIH y SIDA.

2.3. HIPÓTESIS

- ❖ Las Personas que Viven con VIH y SIDA no son adherentes al tratamiento antirretroviral
- ❖ Existe mayor depresión cuando no hay Adherencia en Personas que Viven con VIH y SIDA.
- ❖ Las Personas que Viven con VIH y SIDA presentan un grado de ansiedad normal frente a la adherencia al tratamiento.
- ❖ Las Personas que Viven con VIH y SIDA y presentan adherencia, tienen un mayor nivel de autoestima.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
			SÍNTOMAS	PTS
ADHERENCIA	La adherencia se refiere a cuánto se cumple con el régimen terapéutico prescrito, lograr disciplina, conseguir inhibir la replicación del vih.	Adherencia	Cuestionario de Adherencia SMAQ que se utiliza para valorar la Adherencia que significa el nivel de acatamiento de las prescripciones médicas por parte del paciente, en donde la exigencia es alta considerando a los sujetos como Adherentes y No Adherentes.	Adherencia: No Adherencia:
DEPRESIÓN	Estado de ánimo triste, sentimientos de desesperanza, irritabilidad, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. (trastorno de la afectividad)	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Tristeza Pesimismo Falto de sentido de cambio Descontento Descontento Culpabilidad Aversión a sí mismo Autoacusación Nivel bajo de energía Indecisión Expectativa de castigo Irritabilidad Imagen del cuerpo En caso de depresión intensa Ideación suicida	CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK 0 - 10 Pts. No existe depresión 11 - 20 Pts. Depresión ligera 21 - 30 Pts. Depresión moderada 31 - 40 Pts. Depresión muy alta Más de 41 Pts. Depresión extrema
		SÍNTOMAS FÍSICOS	Episodios de llanto Pérdida de peso Preocupación somática Fatiga Pérdida del apetito sexual En caso de activación neurofisiológica excesiva: Insomnio	
		SÍNTOMAS DE CONDUCTA	Dificultad para la acción (Esfuerzo)	
		SÍNTOMAS ASERTIVOS	Retiro Social	
ANSIEDAD	Sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto, y acompañado de cambios fisiológicos	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Inquietud interior Vivencia de amenaza Lucha difusa Experiencia de huida Fobias Temores difusos Ataques de pánico Inseguridad Sentimiento de inferioridad Sensación de vacío interior Disolución y/o rotura del yo Melancolía Temor a perder el control Temor a suicidarse Temor a la muerte Temor a la locura Sospechas e incertidumbres negativas vagas Pérdida de energías Dificultad para tomar decisiones Desconfiado	CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE ROJAS 0 – 20 Pts. Banda normal 21 – 30 Pts. Ansiedad ligera 31 – 40 Pts. Ansiedad moderada 41 – 50 Pts. Ansiedad grave 51 o más Pts. Ansiedad muy grave
		SÍNTOMAS FÍSICOS	Taquicardia, palpitaciones Rubor Temblores: en manos, pies y cuerpo en general Boca seca Hipersudoración Tics localizados Opresión en la zona del pecho Polaquiuria (ir muchas veces a orinar)	

			<p>Náuseas y Vómitos Despeños diarreicos Pellizco gástrico Vértigos, sensación de inestabilidad Insomnio Pesadillas Sueño durante el día Pérdida de apetito Exceso de apetito Disminución de la tendencia sexual Aumento de la tendencia sexual</p>	
		SÍNTOMAS DE CONDUCTA	<p>Estado de alerta/hipervigilancia Estado de atención expectante Dificultad para la acción Inadecuación estímulo-respuesta Disminución o ausencia de la eficacia operativa Bloqueo efectivo/perplejidad, sorpresa, no sabe qué hacer Interrupción del normal funcionamiento psicológico Dificultad para llevar a cabo tareas simples Inquietud motora Trastornos del lenguaje no verbal Expresión facial congelada Contracción del ángulo externo de los ojos Expresión facial displacentera Cara con rasgos de excitación, descontrol preocupación Frente fruncida Cejas descendidas Mejillas, boca y mentón: rígidos, tensos, contraídos. Bloqueo de los movimientos de las manos Movimientos torpes e incoordinados de las manos y brazos Tensión mandibular Posturas corporales cambiantes, alternativas Gestos de interrogación y extrañeza Voz cambiante y con altibajos en sus tonos</p>	
		SÍNTOMAS INTELLECTUALES	<p>Errores en el procesamiento de la información Expectativas negativas generalizadas Falsas interpretaciones de la realidad Pensamientos preocupantes Falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos Pensamientos distorsionadas Patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder Tendencia a sentirse afectado negativamente Pensamientos absolutistas Centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos fuera de contexto, ignorando lo que de positivo hubiere Dificultad para concentrarse Tendencia a que grupos de pensamiento nocivos se abran paso en la cabeza del sujeto ansioso. Generalizaciones permanentes Atribuciones improcedentes de hechos personales Tendencia a la duda Respuestas displicentes generalizadas que están presididas por un estado de alarma Problemas de memoria Olvido permanente de los aspectos gratificantes de la biografía Continuos juicios de valor Errores o insuficiencias en el procesamiento de la información que a ese sujeto le llega “sentirse perdido”</p>	

		<p>SÍNTOMAS ASERTIVOS</p> <p>No saber qué decir ante ciertas personas No saber iniciar una conversación Dificultad para presentarse uno a sí mismo Dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo Graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes Hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos y extremistas Dar una respuesta por otra al hablar en público Bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva No saber terminar una conversación difícil Pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas No saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida Escaso entrenamiento para estar relajado en grupo</p>		
		<p>SÍNTOMAS FÍSICOS</p> <p>Episodios de llanto Pérdida de peso Preocupación somática Fatiga Pérdida del apetito sexual <i>En caso de activación neurofisiológica excesiva:</i> Insomnio</p>		
		<p>SÍNTOMAS DE CONDUCTA</p> <p>Dificultad para la acción (Esfuerzo)</p>		
		<p>SÍNTOMAS ASERTIVOS</p> <p>Retiro social</p>		
AUTOESTIMA	Es una actitud de aceptación de uno mismo que está constituido por todas las características que tiene el sujeto de sí mismo es decir, lo que siente, piensa y su valoración	<p>Valoración del sí mismo</p> <p>Asimilación e interiorización de la imagen del otro respecto a nosotros</p>	<p>La idea que el individuo se va formando acerca de sí mismo, a través de la información que recibe del medio y a través de sus propias experiencias con este, incluye lo que él ve, siente y piensa. La habilidad para construir defensas ante la crítica y designación de hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables respecto a sí mismo.</p> <p>El hecho de cómo el individuo adopta la sustancias (cognitivas, afectivas, y comportamentales) del entorno a sus propias estructuras</p>	<p>CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA 35B</p> <p>61 a 75 nivel óptimo de autoestima 46 a 60 nivel excelente de autoestima 31 a 45 nivel muy bueno de autoestima 16 a 30 nivel bueno de autoestima 0 a 15 nivel regular de autoestima 1 a 15 nivel bajo de autoestima 16 a 30 nivel deficiente de autoestima 31 a 45 nivel muy bajo de autoestima 46 a 60 nivel extremo de autoestima 61 a 75 nivel de autoestima nula</p>

III. MARCO TEÓRICO

El presente documento reúne los principales elementos del marco conceptual sobre la relación de los Aspectos Afectivos Emocionales y la Adherencia a los medicamentos en Personas que Viven con VIH y SIDA, con la recopilación de conceptos y enfoques que aquí se presentan.

Dada la amplitud del tema y la profundidad de los análisis que se han hecho sobre el mismo hasta la fecha, la información recopilada hace énfasis en rasgos particulares de la situación de síntomas depresivos y la adherencia en los países de Latino América, sin estar exento nuestro país Bolivia, en los cuales se irá esquematizando de manera general la situación existente y las ideas generales de la temática.

Se describirá brevemente lo que significan los aspectos afectivos emocionales, siendo éstos la depresión, ansiedad y autoestima, de igual manera trataremos el significado de VIH y SIDA y sus diferencias.

Se espera con este aporte contribuir con la comprensión de la relevancia que tienen los diferentes aspectos afectivos emocionales en Personas que Viven con VIH y específicamente en los factores que lo relacionan a la adherencia.

3.1 LOS ASPECTOS AFECTIVOS.

Son el conjunto de aconteceres emocionales que ocurren en la mente del hombre y se expresan a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones, positivos y negativos, fugaces y permanentes que se sitúan en la totalidad de la persona ante el mundo exterior.

Las manifestaciones afectivas son los sentimientos que son los procesos afectivos relativamente estables, adquiridos en el proceso de la socialización, experimentados por seres humanos. Son profundos por que amamos, odiamos, admiramos, envidiamos a personas relacionadas con acontecimientos importantes en nuestra vida.

El área Afectivo Emocional se refiere al patrón de comportamientos observables en la expresión de emociones experimentadas, como la tristeza, alegría, miedo, rabia, melancolía, depresión, ansiedad, etc.

De un modo general, las manifestaciones emocionales de las Personas que Viven con VIH y SIDA son las siguientes:

- ❖ Crisis, emocional al recibir el diagnóstico, principalmente por el conflicto que representa sobrellevar una enfermedad que compromete de por vida su supervivencia.
- ❖ Miedo a enfermar, a largos periodos de hospitalización, a depender de otros y a los efectos adversos del tratamiento.
- ❖ Ansiedad por la reacción de los demás respecto a su diagnóstico, por un probable abandono y rechazo de la familia, de los amigos o de la pareja.
- ❖ Depresión, angustia y desesperanza.
- ❖ Impotencia, ira, culpa, esta última con una marcada tendencia a recriminarse por actos del pasado. (Guía de Adherencia., 2009, Pub. 52, pág. 18).

Así mismo, en el aspecto emocional, las emociones se manifiestan por una alteración de ánimo intensa y pasajera que puede ser agradable o penosa, vienen acompañadas de conmoción y cambios físicos: sudan las manos, se enrojece la cara o de pronto palidecemos por susto.

La emoción, es una reacción afectiva que surge súbitamente ante un estímulo, dura un corto tiempo y comprende una serie de repercusiones psicocorporales. Su característica es de corta duración y elevada intensidad, genera modificaciones fisiológicas significativas, aparecen por un estímulo en un contexto específico, sus categorías son miedo, aversión, tristeza, ira, sorpresa.

Las emociones son fenómenos psicofisiológicos que representan modos eficaces de adaptación a ciertos cambios, de las demandas ambientales. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas, en la jerarquía

de las respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluyendo expresiones faciales, músculos, voz, actividades del sistema nervioso autónomo y sistema endócrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo. Conductualmente las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y alejándonos de otras. Las emociones actúan también como depósitos de influencias innatas y aprendidas, poseyendo ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas. (Rodríguez F., María del Carmen, 2009, pág. 43).

❖ **El Trastorno Afectivo:**

El desorden afectivo es un trastorno mental caracterizado por cambios dramáticos o extremos de humor. Los trastornos afectivos, entre ellos la Depresión, constituyen en nuestros días “la enfermedad del siglo”, afectando a millones de personas en el mundo. Comúnmente la Depresión, va acompañada de una sensación subjetiva de dolor que agrava el malestar del paciente, los desórdenes afectivos pueden incluir episodios maníacos o depresivos de menos intensidad que los del trastorno bipolar. Entre los síntomas se encuentran el humor exaltado, desenfrenado o irritable, con hiperactividad, el habla delirante y la autoestima envanecida, ausencia de interés por la vida, perturbación del sueño, agitación y sentimiento de inutilidad y/o culpa. (Organización Panamericana de la Salud, 1999; Fasce, 1999)

3.2 VIH Y SIDA CONCEPTOS GENERALES.

Es necesario resaltar el impacto psicológico de la persona que vive con VIH, ya que, según la bibliografía consultada, la vivencia de ser seropositivo se caracteriza por sentimientos de vergüenza, culpa, impotencia y miedo (Organización Panamericana de la Salud, 1999; Fasce, 1999).

En nuestro contexto, no se cuenta con muchos estudios de aspectos afectivo emocionales y adhesión al tratamiento en estas personas, pero las investigaciones realizadas en otros países indican que existen factores que dificultan la adhesión, como la depresión, la ansiedad, baja autoestima, la duración del tratamiento, la falta de confianza con el médico tratante, el bajo nivel educativo, la violencia doméstica y las reacciones emocionales negativas e intensas, tan frecuentes luego de un diagnóstico de seropositividad.

Por lo tanto es importante conocer los conceptos generales respecto al VIH y SIDA:

VIH.-Es una sigla que significa Virus de Inmunodeficiencia Humana; todos los virus son microorganismos que no tienen capacidad para multiplicarse por sí mismos, por eso tienen que introducirse en las células y utilizarlas para reproducirse. El VIH tiene la peculiaridad de invadir las células de defensa del organismo los llamados (linfocitos CD4), destruyéndolos poco a poco.

SIDA.-Es otra sigla que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y es el resultado de la destrucción de las defensas del organismo que provoca el VIH. Es la fase donde comienzan a presentarse enfermedades oportunistas marcadoras, como consecuencia de la disminución de las defensas del organismo.

Se trata de hacer una diferencia, ya que toma como circunstancias similares y a hablar de VIH hay que entender que hablamos de un virus que se transmite y el Sida es la fase siguiente a la del VIH, una persona con VIH puede no presentar síntomas hasta la aparición del Sida.

3.2.1 Sintomatología

Para comprender los factores psicológicos relacionados a los aspectos afectivos emocionales y su sintomatología depresiva en personas seropositivas, relacionada a la adherencia, debemos enmarcarnos dentro del contexto de las enfermedades crónicas y entender, que la enfermedad es un proceso que deteriora el funcionamiento biológico

de la persona y puede, conducirla a la muerte. Si bien ésta no se presenta de forma tal puesto que son las enfermedades oportunistas las que llevan a la muerte a la persona, la enfermedad implica un quiebre importante en el estado de salud, el cual es un factor esencial de la calidad de vida, que, en los enfermos crónicos, dependerá de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos que tengan ambos.

Dado que la enfermedad crónica está sujeta, para su manejo, a la toma de tratamientos de forma intermitente y sistemática, cambios permanentes en las actividades físicas, vocacionales y sociales, además de integrar el rol de pacientes dentro del esquema psicológico de las personas, éstos se encuentran después del diagnóstico en un estado de crisis caracterizado por el desequilibrio físico, psíquico y social. (Ross, Q. Violeta, Bolivia, Diciembre, 2007, pág. 30).

Esta alta prevalencia de aspectos afectivo emocionales en estas personas se relaciona con las vivencias de fuerte impacto emocional a las que están expuestos desde el momento de recibir el resultado, la depresión, la baja autoestima, las expectativas frente a los controles médicos, la muerte de personajes públicos o de allegados, las publicaciones sobre el tema, la discriminación que pueden sufrir, los problemas laborales y económicos que se presentan, la aparición de enfermedades oportunistas y el comienzo de síntomas de la enfermedad. Además, la persona con VIH y Sida tiene temor de transmitir a los demás y de reinfectarse; de morir solo, con dolor, abandonado y transformado físicamente. La culpa también está presente por haber contraído la enfermedad, por tener que ser atendido, por no cumplir lo prometido, por su historia personal o porque se siente egoísta. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 1999).

En este trabajo se busca determinar la relación existente entre los aspectos afectivos emocionales y la adherencia al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos con diagnóstico de seropositividad. Considerando que ambas variables son determinantes en el manejo de la enfermedad, dado que impactan claramente en el funcionamiento inmunológico del paciente.

Tener una enfermedad altamente transmisible como la del VIH y SIDA, el entrar a un programa de tratamiento antirretroviral prolongado y supervisado, el pertenecer a una red social pequeña, los problemas familiares, sociales y económicos que tiene que vivir el paciente, podrían afectar su *estado psicológico*, su interacción social de forma negativa, su *autoestima* y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad. Todos estos factores, constituyen motivo de constantes frustraciones, por lo tanto estos pacientes se sienten retraídos socialmente, generando *depresión*, esto a su vez los hace susceptibles a ser irregulares o a abandonar el tratamiento promoviendo así los casos de resistencia a la *adherencia* medicamentosa, afectando más su salud y la de su entorno familiar y social.

La aparición de VIH, supone múltiples cambios para la vida de la persona que afectan notablemente a su bienestar psicológico y a su calidad de vida. En este sentido, existe la noción de que los diferentes *aspectos afectivos emocionales* tales como la depresión crónica, los sucesos vitales estresantes y los síntomas de estrés cotidiano influyen negativamente en la *adherencia al tratamiento*, en el desarrollo y progresión del VIH, en términos de disminución de los linfocitos T CD4 , aumento de la carga viral y mayor riesgo de empeoramiento clínico y mortalidad en estos pacientes, generando implicaciones negativas en el funcionamiento inmune, el que se encuentra sumamente vulnerable en estos pacientes, por lo que un deterioro de su funcionamiento podría implicar situaciones de riesgo en la salud de las Personas que Viven con VIH y Sida. (Alcántara Z., Natalí, 2008, pp. 18).

3.2.2 Adherencia Medicamentosa

En un comienzo se aceptaba el término cumplimiento, entendido como la forma correcta de tomar los medicamentos, sin embargo el término adherencia implica una actitud del paciente, refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico. (Mulanovich, Víctor, 1999).

La adherencia al tratamiento ha sido pensada por la biomedicina, desde el paradigma médico, como un comportamiento, una actitud de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, y es desde esa perspectiva que se vienen estudiando los factores que la fortalecen o conspiran contra ella. Implícito en ésta definición de la adherencia está que el comportamiento de un paciente se evalúa en términos del punto de vista médico. Así se ha planteado que las recomendaciones médicas se basan en teorías acerca de los comportamientos adecuados de los pacientes frente a la acción del virus.

Así se plantea una tipología discursiva que clasifica a los pacientes en buenos y malos, es decir, en pacientes adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes. Estas tipologías se construyen habitualmente a partir de la aplicación de enfoques clasificatorios basados en las categorías de riesgo. (Mulanovich, V., 1999).

La adherencia al tratamiento en VIH y SIDA consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación (si son nuevos), perfeccionamiento (si ya existen) de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad. Por lo tanto, es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla sistemáticamente a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico; la percepción de la necesidad de encarar el tratamiento de forma correcta; la motivación para hacerlo; la disposición y el entrenamiento de habilidades para realizarlo, y el fortalecimiento de la capacidad para superar las barreras o dificultades que pudieran presentarse.

La falta de Adherencia ha constituido un problema desde que se empezaron a prescribir tratamientos para los problemas de salud. El primer estudio sobre

Adherencia fue publicado hace ya 60 años en el *Journal of the American Medical Association*. Aunque surgieron estudios empíricos sobre la Adherencia de los pacientes a finales de la década de los sesenta, este campo recibió un empujón definitivo cuando se llevaron a cabo estudios en Estados Unidos financiados por el Gobierno para valorar la falta de adherencia en hipertensión a finales de los 70. Tras esto, no surgió ninguna intervención ni se definieron directrices de intervención hasta finales de 1995, con la introducción del tratamiento combinado para la infección por el VIH. Sin embargo, en aquel momento la falta de adherencia al Tratamiento Antirretroviral para el VIH preexistió antes de la aparición de la terapia combinada. El problema mereció la atención cuando se descubrió que la falta de adherencia podía desembocar en la transmisión de cepas resistentes a los fármacos. (Rodríguez F., María del Carmen, 2009, pág. 22).

Hay que hacer hincapié en el significado del Tratamiento Antirretroviral (**ARV**) que es la utilización de fármacos para frenar la reproducción del virus. De esta manera, se evita la destrucción de las defensas y se impide el desarrollo de enfermedades oportunistas. Reducir la reproducción del virus no sólo disminuye la posibilidad de enfermarse, sino que da oportunidad a nuestro sistema inmunitario de ir reconstruyendo las defensas dañadas. Actualmente es posible inhibir o “frenar” al máximo la reproducción del VIH utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales. Se trata de una terapia compleja, cuyos resultados pueden ser muy diferentes de una persona a otra.

El éxito del tratamiento depende muy directamente del cumplimiento estricto de la medicación, sin saltarse ninguna de las dosis y respetando el horario de cada toma con precisión, de acuerdo con la pauta acordada con el médico, ya que de lo contrario corre el riesgo de que el tratamiento deje de ser eficaz.

Al ir pasando las horas, la cantidad de medicamento en la sangre va disminuyendo hasta que llega la hora de tomar la próxima dosis. Para que un antirretroviral impida eficazmente la reproducción del VIH es necesario que exista cierta cantidad del

fármaco en la sangre. Si retrasa la próxima toma, se olvida o la vomita, se queda sin medicación en la sangre durante un tiempo y se está dando oportunidad al virus para reproducirse de nuevo.

El VIH es muy variable y al reproducirse va sufriendo mutaciones genéticas o cambios, dando lugar a nuevas variantes o “cepas” con características distintas. Una de estas características puede ser la resistencia a uno o varios antirretrovirales, con lo cual aquel fármaco deja de ser eficaz para aquella persona.

Cada vez que los antirretrovirales estén en una concentración en sangre por debajo de las cantidades mínimas necesarias, estamos dando una ocasión al VIH para que desarrolle una “cepa resistente” que haga ineficaz el tratamiento que está tomando. En síntesis, los medicamentos son útiles siempre que en la sangre se encuentre en cantidad suficiente para atacar al virus, cantidad que se consigue tomando la dosis a las horas indicadas.

Tomar dosis mayores puede llevar a problemas de toxicidad, y reducir las dosis o saltárselas significa no tener la cantidad de medicamento necesaria para atacar al virus.

La promoción de la Adherencia Terapéutica tiene una importancia decisiva, y su aplicación conlleva un significativo grado de complejidad por el abordaje de una multiplicidad de factores determinantes, que van desde conductas practicadas y establecidas durante toda la vida y la exigencia de cambios de hábitos y comportamientos, muchas veces gratificantes, hasta la baja percepción de los beneficios relacionados con el tratamiento. (Guía de Adherencia Terapéutica en VIH/SIDA, 2009, pág. 15).

Numerosos estudios sobre este tema han demostrado que la Adherencia Terapéutica disminuye en la medida en que aumenta el número de fármacos y la frecuencia de administración. La interferencia con los hábitos de la Persona que Vive con VIH y

SIDA, por el horario de trabajo o por el contexto de su vida social, deriva en que deje de tomar la medicación o que lo haga de manera desordenada.

En muchos casos, la absorción de determinados medicamentos está altamente condicionada por la presencia o ausencia de alimentos en el momento de la toma, y requiere una pauta muy estricta de dosificación.

De igual manera, la aparición de efectos adversos es un motivo claramente relacionado con el éxito o fracaso de la Adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que producen los efectos secundarios, independientemente de la importancia clínica. (Guía de Adherencia Terapéutica en VIH/SIDA dirigida al Personal de Salud, 2009, pág. 24).

La adherencia, que hace referencia a cómo estrictamente se sigue un régimen de tratamiento prescrito, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Entre un 33% y un 86% de las personas que toman antirretrovirales presentan problemas de adherencia al tratamiento, bien de manera puntual, o de manera repetida. Los factores que intervienen en ello son muchos y complejos y tienen relación entre sí debido a que el VIH y la adherencia están complementados.

Entre los factores que dificultan una buena adherencia se encuentra que todos ellos tienen que ver, en mayor o menor medida con los problemas para adecuar el régimen de tratamientos a las condiciones de vida de las personas que van a tomar los fármacos, con el acceso a la información y la comprensión de la misma, con el miedo a revelar el propio estatus con respecto al VIH (discriminación, condiciones sociales desfavorables) y con el modo en que están organizados los recursos sociosanitarios de atención y los condicionantes que ello establecen en lo que se llama la relación médico-paciente. (Alcántara Z, Natalí, 2008, pág. 16).

Entre los factores que facilitan una buena adherencia destacan el tener sentido de autoestima, conocer y apreciar los efectos positivos de la terapia, comprender cómo funcionan los fármacos antirretrovirales, la aceptación del propio estatus con respecto

al VIH, utilizar ayudas y recordatorios para la toma de la medicación, tener acceso a regímenes más sencillos de tomar y con efectos secundarios más llevaderos y contar con un Grupo de Autoapoyo tanto en el entorno cercano como a nivel social.

El desarrollo y mantenimiento de los comportamientos de adherencia al tratamiento por parte del paciente, dependerá en gran medida de la “negociación” y realización de acuerdos con el profesional de la salud sobre el régimen terapéutico y la aceptación para formar parte de dicho plan de tratamiento.

Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmente al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida, tomando en cuenta factores del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia.

Sin embargo, los regímenes de medicación antirretroviral presentan aspectos problemáticos: personas que no responden a la medicación, efectos colaterales que a veces superan los efectos positivos, desarrollo de resistencias, así como problemas que se derivan de la implementación de regímenes sumamente complejos y de largo plazo. (Castro y Farmer, 2003, No. 17, pp. 29-48).

Para Varela A, María T. y otros; (2008), se observa una evolución de lo que se entiende por adherencia al tratamiento, trascendiendo la perspectiva pasiva (por parte del paciente) del cumplimiento o seguimiento de las prescripciones médicas, limitada en la mayoría de los casos a la toma de medicamentos antirretrovirales y la asistencia a las citas médicas, hasta una concepción más compleja sobre los comportamientos que debe llevar a cabo una persona para cuidar de su salud; con lo cual se incluyen en el tratamiento otros aspectos, como la dieta, el ejercicio, el manejo de los estados emocionales, la autoobservación, la realización de exámenes médicos, la prevención

de la reinfección, del abuso y consumo de drogas, entre otros, que son importantes para lograr los objetivos terapéuticos en la infección por VIH.

Hablamos del recuento de linfocitos CD4 y para que se tenga una mejor comprensión del mismo se hace una explicación del mismo referido simplemente al recuento de las células llamadas **linfocitos CD4**, que son una parte muy importante de las defensas.

El número normal de estas células es de 800 y 1200 por mm³ de sangre. Las Personas que Viven con VIH tiene buena salud cuando los linfocitos CD4 son mayores a 500 células. De manera general cuando los CD4 bajan a menos de 200 células mm³, es una alerta que indica que la persona debe iniciar el tratamiento con antirretrovirales; por supuesto que estos resultados varían para las mujeres que se ha demostrado que ellas ingresan más rápidamente a la etapa Sida que los varones.

La persona que toma los ARV (Antirretrovirales), puede llegar a tener una carga viral indetectable; pero eso no significa que no tiene el virus, sólo que no fueron detectados por ser muy bajos en sangre o solo existir en los reservorios (ganglios linfáticos, macrófagos, etc.), pueden haber cargas virales de mil, 10 mil o 50 mil copias o también muy altas de hasta 500.000 o varios millones de copias de virus por ml de sangre.

El recuento de carga viral y linfocitos CD4 son importantes para seguir la evolución de la infección y verificar la eficacia de un tratamiento. Idealmente se deben realizar de inmediato el diagnóstico y necesariamente antes de empezar un tratamiento antirretroviral, tomando en cuenta que los controles de linfocitos CD4 y Carga Viral, deben realizarse cada cuatro meses en nuestro país se hace cada seis meses y son importantes para controlar la eficacia del tratamiento antirretroviral. (Vargas, C. A, Ruiz, D. D., Pág. 26).

También es importante mencionar que estos estudios en Bolivia no son realizados regularmente ya que faltan reactivos, técnicos, insumos de laboratorio, etc., pasaran algunos años hasta que se realicen de manera sistemática debido a que solo se hacen

en los departamentos del eje troncal, por lo que en nuestro departamento por ejemplo cuando se hacen análisis, se deben mandar a otros departamentos para ser procesados; mientras tanto es importante recurrir a la observación clínica.

Dentro de otros aspectos que si bien no es relevante para esta investigación, también se menciona como importante dentro de la Adherencia es la motivación la cual puede definirse como el señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo. La motivación es un estado interno que activa, dirige y mantiene la conducta. La motivación implica estados internos que dirigen el organismo hacia metas o fines determinados; son los impulsos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación.

La adherencia tiene un componente psicológico importante, anímico y de motivación, en el que es importante el refuerzo y la constancia. Para ello es bueno contar con el apoyo de otras personas, trabajar en equipo con el médico, pareja, amigos o las personas que con las que convive y conoce la situación. (Vargas C. A., Ruiz, D. D., pág. 30-31).

El tipo de tratamiento no es el mismo para alguien que comienza por primera vez, que para alguien que cambia de tratamiento buscando una mayor eficacia contra el virus o minimizar efectos secundarios de la medicación. Tampoco la actitud de la persona es la misma si toma medicación por primera vez que si ya tiene experiencia en ello.

Para iniciar el tratamiento se debe tomar en cuenta los criterios clínicos, bioquímicos y sobre todo psicosociales que se basan en los comportamientos, emociones, conocimientos expectativas y representaciones personales, así como en el medio social de la persona, que influyen directamente en el grado de motivación.

Se relacionan a su visión respecto al VIH, a su relación con los medicamentos y a las experiencias de tratamientos anteriores, para llegar al nivel de cumplimiento

terapéutico requerido para que los ARVs sean eficaces; estos elementos son más relevantes que los factores bioquímicos o clínicos de la persona.

Como se mencionó anteriormente, la motivación para cumplir con el tratamiento es fundamental para el éxito del mismo, se debe estar consciente que la toma de medicamentos será durante varios años, quizás toda la vida y que no podrá interrumpirse si no hay alternativas de fármacos.

Las conductas de una persona relacionadas con su salud dependen de la importancia que se le dé y de la percepción que tenga de su importancia. Para lograr una buena adherencia a los medicamentos, la persona debe creer firmemente que su conducta tiene riesgo para la salud, que ese problema es potencialmente grave y que los beneficios derivados de tomar medidas superan los posibles costes.

El miedo al fracaso terapéutico, puede ser un obstáculo para la adherencia y los profesionales de la salud desempeñan un papel importante de ayuda a los pacientes, dándoles confianza, una retroalimentación constructiva, y proporcionándoles las habilidades y los recursos necesarios para el éxito.

El “establecimiento de metas y planes de acción” junto a la motivación, puede ayudar a los pacientes a mejorar la dieta y la actividad física, aspectos que coadyuvan a la buena adherencia, sobre todo si se planifican con ayuda de un profesional de la salud. (Vargas C. A., Ruiz, D. D., pág. 35).

3.3 DEPRESIÓN

La Depresión es una enfermedad grave y común; según Aarón Beck (1983:32), *la depresión es una enfermedad que afecta al organismo, al ánimo, la manera de pensar; afecta la forma en que una persona se valora a sí mismo y la forma en que uno piensa.*

La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y

falta de interés o placer en realizar diferentes actividades. La depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

Las alteraciones cognitivas en forma de pensamientos distorsionados del propio sujeto sobre sí mismo y su entorno constituyen un factor etiológico de la depresión. (Aarón Beck 1983:82).

En muchas investigaciones se utiliza el Inventario de Depresión de Beck (B.D.I: Beck Depression Inventory). Este cuestionario evalúa los estados de tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, autodisgusto, autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, alejamiento social, indecisión, autoimagen deformada, retardo para trabajar, pérdida de sueño, fatigabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso, preocupación sintomática y pérdida de deseo. Dicho instrumento posee 21 preguntas, con puntajes de 0 a 3 cada una de ellas, siendo 0 indicativo de "menor" y 3 de "mayor" dentro de la escala con un puntaje de 1 a 10 se considera al individuo normal, de 11 a 16 depresión leve, mientras que se estima que ya es una depresión clínica de 17 puntos a más de 41, subdivididos en las siguientes categorías: 17-20 se entiende como depresión leve, de 21-30 moderada, de 31 a 40 depresión severa y más de 40 depresión extrema. (Alcmeon, (2011). 17).

El síntoma más característico es la tristeza. A lo largo de la vida podemos experimentar tristeza o desgana, especialmente cuando sufrimos una pérdida importante. Sin embargo, la tristeza y la desgana en la depresión son inapropiadas o excesivamente intensas y prolongadas.

El llanto no suele aliviar la tristeza en una persona deprimida, y en ocasiones le es imposible llorar, por estar el paciente vacío de emociones. Otros síntomas que pueden aparecer son:

- ❖ Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso.
- ❖ Enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria. En los ancianos, puede provocar un estado de confusión llegando a aparentar una demencia.
- ❖ Ansiedad con irritabilidad o agitación.
- ❖ Cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio.
- ❖ Disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad.
- ❖ Con frecuencia, las personas con depresión se quejan de síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o sexuales. Es muy frecuente la inapetencia sexual, que puede dificultar las relaciones de pareja.

Todos estos síntomas causan sentimientos de inutilidad y culpa. El paciente, que no comprende lo que le pasa, se siente responsable de lo que le ocurre. La vida pasa a verse como desagradable, vacía y carente de interés. Muchos pacientes ven la muerte como un alivio de su sufrimiento y piensan con frecuencia en ella y, en algunos casos, en el suicidio. Estas ideas no son propias de la forma de pensar del paciente, sino que se deben al trastorno que produce la depresión y desaparecen cuando el tratamiento funciona. Por ello, no se deben tomar decisiones importantes mientras no mejore la depresión. (García, F. 2011. pág. 15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que el 20% de la población mundial sufre depresión. El cuarto lugar en causas de mortandad en el mundo lo ocupa el suicidio y la mayoría de los suicidas son depresivos. (Organización Mundial de la Salud, Artículos, OMS, pág. Institucional).

Las depresiones representan el área más importante de los trastornos afectivos, y supone, junto con los trastornos de ansiedad, las alteraciones mentales más frecuentes.

Además, por las importantes repercusiones personales, sociales y asistenciales que acarrear, constituyen uno de los principales problemas de la salud mental.

Se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la depresión. La mayoría de los estudios constatan que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales de carácter estresante en los meses que preceden a la aparición de los síntomas depresivos que los grupos controles de la población en general y que otros enfermos psiquiátricos no deprimidos. (Fuentes, M., Adalid y otros, cap. 22, pág. 777-778).

La persona depresiva experimenta dentro de sí misma una sensación de impotencia, un sentimiento absolutamente ilógico pero que le parecerá tan real que acabará convenciéndose a sí misma de que su incapacidad dura eternamente.

Cada vez que hablamos de Depresión, estamos hablando de alguna pérdida, generalmente de tipo inconsciente. Es por ello que la persona llora y se siente triste sin distinguir por qué se siente así. Debemos señalar que la tristeza es el síntoma principal del síndrome depresivo. (Stamateas, Bernardo, 2009, pág. 122).

3.3.1 Síntomas de la Depresión

Los síntomas de la depresión no son los mismos en todas las personas. La mayoría de los proveedores de atención médica sospechan que existe depresión si el paciente le indica que se siente triste o que ha perdido el interés por las actividades cotidianas. Es muy probable que el paciente esté deprimido si esta sensación persiste durante dos semanas o más y si aparecen algunos de los siguientes síntomas:

- ❖ Tristeza
- ❖ Fatiga o sensación de lentitud
- ❖ Problemas de concentración
- ❖ Pérdida de interés sexual
- ❖ Trastornos del sueño; despertándose muy temprano o durmiéndose demasiado
- ❖ Sentimientos de culpa, inutilidad o desesperación

- ❖ Pérdida de apetito o de peso
- ❖ Comer demasiado

3.3.2 Depresión y Personas que Viven con VIH y SIDA

El índice de depresión en las personas con el VIH puede llegar al 60%. Las mujeres con VIH tienen tendencia a sufrir depresión dos veces más frecuentemente que los hombres. La depresión se asocia al VIH porque puede hacer que las personas se olviden de tomar dosis de los medicamentos. Puede fomentar conductas de alto riesgo que permitan la transmisión del VIH. La depresión puede activar ciertas infecciones virales que estaban latentes. En términos generales, la depresión puede hacer que el VIH evolucione más rápido. También afecta la capacidad de disfrutar la vida. Un estudio en 2012 mostraba que pacientes con la depresión, especialmente mujeres, tenían tendencia de dejar de recibir el cuidado de salud y de no conseguir la carga viral no detectable.

La depresión se suele pasar por alto. Además, muchos especialistas de VIH no están capacitados para reconocerla. La depresión también se puede confundir con señales de evolución del VIH. (Vargas C., Andrés, Ruiz D, Daniel, 2006, pág. 80).

Los aspectos afectivos emocionales como la depresión, no sólo son importantes por el malestar que producen, sino también por el efecto que tienen en la rehabilitación a largo plazo y la recuperación. Esto se debe a que los pacientes con enfermedades crónicas y que presentan aspectos afectivo emocionales muestran menor motivación en la rehabilitación, es menos probable que mantengan los resultados de ésta, tienen implicancias negativas en la adhesión al tratamiento y presentan una tasa de suicidio mucho mayor que los grupos de su misma edad. Por todo esto se puede concluir que la depresión puede ser un potente factor de riesgo para la muerte entre los enfermos crónicos.

Por otro lado, estudios recientes como los de Tegger, Crane, y otros, (2008) señalan que, controlando otros factores, aquellas personas seropositivas que presentan

depresión y/o ansiedad tienen una probabilidad significativamente menor de iniciar un tratamiento antirretroviral que aquellos pacientes sin enfermedad mental. Sin embargo, si aquellos pacientes reciben medicación para estos cuadros tienen las mismas probabilidades de iniciar el tratamiento que aquellos sin complicaciones en lo referente a su salud mental.

La comorbilidad (referido a la *presencia* de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario), con trastornos psiquiátricos juega un papel clave en el cumplimiento del tratamiento. Por ejemplo, en los primeros años de la epidemia la depresión era considerada con frecuencia una “reacción emocional esperable”, en consecuencia, como en muchas otras enfermedades crónicas, era subdiagnosticada y por lo tanto sub-tratada. En la actualidad múltiples estudios demostraron la eficacia de la medicación antidepresiva y de la psicoterapia en los trastornos del estado de ánimo en Personas que Viven con VIH y SIDA (PVVS) y se conoce las interacciones entre fármacos y medicación Antirretroviral (ARV).

3.3.3 Depresión y Adherencia

Existe evidencia de que el tratamiento de la depresión se asocia a una mejor adherencia al TARV (Tratamiento Antirretroviral) y de que la asociación no adherencia y depresión se ha relacionado con una mayor mortalidad. Dada la elevada prevalencia de los trastornos psiquiátrico-psicológicos en las Personas que Viven con VIH y SIDA, es necesario considerar la intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual. La dependencia y el abuso de sustancias como drogas ilegales o el alcohol, constituyen una barrera importante en la obtención de una buena adherencia al tratamiento. (Alcántara Z., Natalí, 2008).

Introduciéndonos más profundamente en la “adhesión terapéutica” encontramos que éste es un concepto complejo que se define como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado.

El proceso de “normalización” del SIDA y de las condiciones de vida con el virus asociado a las terapias antirretrovirales se ha correspondido con una construcción de representaciones y prácticas sanitarias centradas en el logro de una mejor calidad de vida para las Personas que Viven con VIH y SIDA con un énfasis creciente en el manejo responsable de los riesgos a través del “cuidado de sí y de otros”. (Alcántara Z., Natalí, 2008).

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) invade el sistema nervioso central (SNC) al principio de la infección y penetra la barrera hematoencefálica a través de los macrófagos infectados. Por este motivo, las manifestaciones psiquiátricas asociadas al VIH son muy frecuentes y pueden ser muy diversas y de diferentes etiologías: por el efecto del virus, de las diversas enfermedades intercurrentes sobre el SNC, secundarias al tratamiento antirretroviral, a sustancias de abuso o primarias. Los principales factores de riesgo para el suicidio en los pacientes VIH+ son las fases avanzadas de la enfermedad, la presencia de un trastorno depresivo mayor, el consumo de sustancias de abuso, los antecedentes personales o psiquiátricos de consumo de sustancias de abuso, los antecedentes de intentos de suicidio y los factores sociodemográficos (sexo masculino, edad avanzada y falta de apoyo social adecuado). Estos factores no parecen específicos de la infección por el VIH, sino que son también los factores de riesgo de la población general. (Wolff .L., & otros, 2011).

Chalela, M., Pablo, A., considera los siguientes aspectos en la Depresión asociada al VIH:

-Trastornos depresivos.- Los cuadros depresivos de moderada intensidad pueden aparecer en cualquier momento dentro del curso de la infección por VIH, pero son más severos cuando se le comunica al paciente su seropositividad; no es raro encontrar en esta circunstancia un gran riesgo de suicidio. Se dice que entre un 4 y 40% de los pacientes infectados cumplen los criterios diagnósticos de una enfermedad depresiva. Hay varios factores relacionados con la depresión en los pacientes con SIDA. Uno de ellos cuando el paciente comprende o entiende que la

enfermedad está avanzada; otra, cuando se percata de la gravedad de la enfermedad; también se asocia con depresión, los trastornos neurológicos hallados con la demencia subcortical y que son similares a la demencia en la enfermedad de Parkinson y la de Huntington.

Se considera que la importancia de tratar la depresión en pacientes con VIH, es porque el estrés y la depresión están vinculados estrechamente con el deterioro del estado inmunológico y por ende la consecución de la adherencia.

-Síndromes maníacos.- Es frecuente la aparición de estos síndromes como secundarios al trastorno del sistema nervioso central. La infección del VIH en las zonas subcorticales del cerebro con influencia en la regulación y modulación de los estados afectivos impactando la esfera cognoscitiva junto con una oscilación del estado de ánimo, es la razón por la cual se presentan los cuadros maníacos. Es frecuente que estos se exhiban dentro del curso avanzado de la enfermedad. Sin embargo, algunos pacientes con historia personal o familiar de trastorno en el estado de humor pueden sufrir, en el curso más temprano de la enfermedad, síndromes maníacos. Hay una alta prevalencia de estos cuadros en pacientes con demencia. También, la aparición de manía puede ser secundaria al tratamiento con zidovudina (antirretroviral).

-Suicidio.- La ideación suicida puede ser manifestación de una enfermedad depresiva como expresión del deseo del paciente por tener el control último sobre su vida cuando no tolera los síntomas de la enfermedad. Es lo que algunos autores denominan el “suicidio racional”, para diferenciarlo de la acción suicida que se presenta en otros contextos.

Lógicamente, este aspecto es muy discutido entre muchos clínicos cuando cuestionan que ningún suicidio es “racional”. Se ha llegado a demostrar que la mayoría de los pacientes terminales que llegaron a cometer suicidio, padecían una severa depresión o tenían alteraciones en las funciones cognitivas que les desviaba los juicios y raciocinios e impidiéndoles tomar decisiones en forma adecuada. Se dice que los

pacientes con un grado avanzado en su infección por VIH tiene 30 veces más riesgo de suicidio que los VIH negativos; por esto, se debe practicar una evaluación muy completa del potencial de suicidio en los pacientes con una infección avanzada. Los factores de riesgo de suicidio entre los pacientes infectados son los de tener amigos que fallecieron por el Sida, por las recaídas debidas a la no adherencia, por los escollos sociales relacionados con la homosexualidad, por el deficiente apoyo social y financiero y la presencia de demencia o delirium.

En el caso de los pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección. De este modo la adherencia al tratamiento es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la enfermedad y la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, la autoestima elevada y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

La falta de adherencia es la principal causa de fracaso terapéutico. Se correlaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, una mala evolución clínica y aumento de la mortalidad.

La potencial emergencia de virus resistentes en pacientes bajo tratamiento, y el riesgo de transmisión de estas cepas resistentes a otras personas representan algunas de las consecuencias de la falta de adherencia que mayor impactan en el costo de los programas de tratamiento.

El diagnóstico de enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, afectando profundamente la autoestima; el autoconcepto y la adaptación dependerá de una multiplicidad de factores, como la edad, el género, el estatus social, el apoyo, la educación, las creencias religiosas, los patrones de

personalidad, la inteligencia, los autoesquemas, los estilos de afrontamiento, el equilibrio o control emocional, etc. Igualmente, éstas aparecen, se mantienen o se agravan en función de las conductas individuales por lo tanto, es fundamental evaluar el concepto de estilos de afrontamiento para entender las estrategias que pone en acción o en marcha una persona cuando se enfrenta a una enfermedad como el VIH y SIDA.

Lazarus (2000) citado en Alcántara Z., Natalí, (2003), define el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Ha propuesto dos tipos de evaluación cognitiva: evaluación primaria, evaluación secundaria. En la primera solamente las situaciones evaluadas como estresantes son las que implican cambio. Éstas pueden ser de tres tipos: de daño o pérdida, de amenaza y de desafío. Daño o pérdida se refiere a aquellos casos en que un individuo ha recibido un perjuicio (por ejemplo, la pérdida de un ser querido o la presencia de una enfermedad crónica); la amenaza está relacionada con aquellos casos en los que se prevén daños o pérdidas, aunque éstos no han ocurrido y se pueden tratar de solucionarlos o afrontarlos de manera anticipada, y el desafío implica la revisión anticipada de situaciones de daño o pérdida, como la amenaza, pero a diferencia de ésta se acompaña de la valoración de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y obtener ganancias. La evaluación secundaria se refiere al análisis que el sujeto hace de las conductas, los recursos o las habilidades de las cuales se dispone para enfrentar la situación. Cuando en la evaluación encuentra que no los hay o que son insuficientes, se desencadena la respuesta de estrés (psicofisiológica y emocional), además de las categorías de evaluación expuestas. De igual manera, dentro de los avances en el tratamiento médico en la infección por VIH, cada vez toma más fuerza la importancia que tiene la psicoterapia como el eje central en la asistencia y en el apoyo de estos pacientes; se considera que es quizás en esta

enfermedad, más que ninguna otra existe la gran relación entre los síntomas físicos y psicológicos que perturban la buena adherencia en el VIH.

3.4. ANSIEDAD

Al definir Ansiedad hablamos del concepto general que nos proporciona Rojas, Enrique (1994), nos indica: “*La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada.* Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad”.

Sobre los indicadores de Ansiedad amenazantes por los cuales la persona no está progresando, se puede indicar: Ataque de pánico, estos ataques van espaciados por periodos de aprensión o de miedo y cuando aparecen, tienen por lo menos dos de los siguientes síntomas:

- ❖ Palpitaciones
- ❖ Dolor o malestar precordial
- ❖ Mareos, vértigo o sensación de inestabilidad
- ❖ Hormigueo en manos y pies
- ❖ Oleadas de calor y frío
- ❖ Dificultad respiratoria
- ❖ Sensación de ahogo
- ❖ Sentimiento de irrealidad
- ❖ Sudoración
- ❖ Temblor y estreñimiento
- ❖ Debilidad

❖ Temor a morir, a perder el control o a volverse loco

Estos síntomas de ansiedad es la experiencia interior en la que todo es inquietud, desasosiego, por lo que están como al acecho esperando lo peor. (Rojas, Enrique 1994: 56-57).

La ansiedad la asociamos a una manifestación esencialmente afectiva, es decir que se trata de una vivencia y por lo tanto de una experiencia interior y subjetiva, calificable como emoción, con las características propias.

A esto se añade un estado de activación neurofisiológica, que consiste en la activación del mecanismo de vigilancia del organismo, ocasionando lo que en términos de psicología se denomina “hipervigilancia”. (Rojas, Enrique 1994: 36).

La ansiedad se apodera de primero de la mente y luego del cuerpo, la ansiedad como reacción normal nos permite enfrentar una presión externa y se presenta acompañada de aquellos temores que todos tenemos y que nos preservan ante una amenaza o peligro.

La ansiedad crónica es tóxica, el problema aparece cuando la ansiedad se convierte en temor excesivo e irracional a situaciones que enfrentamos diariamente. Entonces, pasa a ser una emoción tóxica.

Esta emoción puede llevar al desánimo, a la tristeza e incluso a la depresión o al otro extremo, a vivir completamente acelerado. En cualquiera de los dos casos, la expectativa será que el resto siga ese ritmo, lo cual genera a su vez problemas interpersonales. (Stamateas, Bernardo, 2009, pág. 13-14).

3.4.1. Síntomas de la Ansiedad

Ansiedad Adaptativa.

En caso de que esta activación no sea excesiva, se puede enfrentar y alcanzar la “ansiedad adaptativa”, capaz de ser controlada, y de lograr un equilibrio. Debido a que la ansiedad puede presentar sintomatologías variadas y en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, presentamos los siguientes grupos de clasificación:

- ❖ Síntomas físicos: Sequedad de la boca, menor interés sexual, palpitaciones, sensación de falta de aire, gases en el estómago, temblor de manos, pies o cuerpo en general, sudoración, falta de apetito.
- ❖ Síntomas psicológicos: Inquietud, vivencias de amenaza, experiencia de huida, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío interior, temor a perder el control, temor a agredir, aflicción, disminución de la atención, pérdida de energía.
- ❖ Síntomas de conducta: Comportamiento de alerta, hipervigilancia, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, no saber qué hacer, dificultad para llevar a cabo tareas simples, inquietud motora; también, trastornos del lenguaje no verbal como expresión facial congelada, frente fruncida, movimientos torpes con poca coordinación de las manos y brazos.
- ❖ Síntomas Intelectuales: Errores en el procesamiento de la información, falsas interpretaciones de la realidad personal, pensamientos preocupantes, pensamientos absolutistas y preocupantes, tendencia a la duda, continuos juicios de valor, expectativas negativas generalizadas.
- ❖ Síntomas asertivos: No saber qué decir ante ciertas personas, no saber iniciar una conversación, dificultad para mostrar desacuerdo y para hablar de temas generales, bloqueo ante preguntas, pocas habilidades prácticas en la conversación, no saber aceptar una broma, escaso entrenamiento para estar relajado en grupo. (Rojas, Enrique, 2003:90).

3.4.2 Ansiedad y Estrés

- ❖ Mientras que la ansiedad va a ser una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones pero en sí mismo no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio que altere las rutinas cotidianas.
- ❖ La emoción posee unos efectos subjetivos o sentimientos específicos de la misma, mientras que el estrés no.
- ❖ El estrés se desarrolla desde una perspectiva ambientalista Estimulo-Respuesta (E-R) y sobre el supuesto de especificidad situacional, mientras que la ansiedad surge del ámbito intrapsíquico, de determinantes internos y estables.
- ❖ En niveles bajos, los efectos de ambos aparecen en orden diferentes. (estrés primero psicofisiológico; ansiedad primero cognitivo y luego psicofisiológico).
- ❖ El estrés puede considerarse una emoción bidireccional (actuaría motivando el comportamiento), mientras que la ansiedad solo es una emoción y exclusivamente negativo. (Fernández Abascal, 1997).

3.4.3 Ansiedad y Adherencia

La iniciación del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) para los pacientes depresivos y/o ansiosos que reciben tratamiento, está asociada al comportamiento de una persona en cuanto a la administración de medicamentos, la sobre valoración de los estímulos físicos y la percepción de amenazas continuas, que suelen enfrentar los pacientes que padecen de ansiedad de forma crónica, les incapacita para desarrollar estrategias de afrontamiento hacia la decisión de tomar medicamentos, adecuado de su condición y asumen erróneamente, su incapacidad de control, considerando que no son capaces de solventar la situación por sus medios, la

ansiedad es una comorbilidad determinada que de alguna manera podría estar afectando la adherencia efectiva a la TARGA en los pacientes seropositivos diagnosticado. (Fernández, A. EG 1997).

Para poder afrontar la enfermedad estos pacientes requieren gran apoyo familiar, por que demandan mayor cariño y atención. En lo posible hay que tratar de inculcarles valores que les conduzca a tolerar su situación y cumplir las indicaciones terapéuticas en la toma de medicamentos. Se debe estar alerta a las nuevas circunstancias sociales y familiares que se generan fortaleciendo valores para que le den más sentido a su vida, y apoyar en las situaciones ansiosas a la Persona con VIH y SIDA.

La adherencia al tratamiento contra el VIH, ayuda a prevenir resistencia al medicamento. Cuando se salta una dosis, puede desarrollar cepas de VIH resistentes a los medicamentos que está tomando y aún a los medicamentos que todavía no ha tomado. Esto le puede dejar con menos opciones de tratamiento en caso de que necesite en el futuro cambiar lo medicamentos. Debido a que las cepas resistentes a los medicamentos se pueden transmitir a otros, los comportamientos riesgosos pueden ocasionar consecuencias graves.

Existen muchos medicamentos y regímenes terapéuticos contra el VIH, los estudios han demostrado que el primer régimen tiene la mayor probabilidad de éxito a largo plazo. Si se toman los medicamentos correctamente, aumenta la probabilidad de éxito, disminuyendo la ansiedad. Todas estas situaciones de no olvidarse una toma, de no saltarse las comidas, de contar con el tiempo y los recursos para adquirir una buena adherencia son situaciones en las que se siente vergüenza y miedo, el tomar los medicamentos en la oficina, en la calle, etc., pueden generar ansiedad en las Personas que Viven con VIH y SIDA, considerando que además de ello los medicamentos pueden provocar en algunas personas, efectos secundarios como vómitos, diarreas, lipodistrofia, cefaleas, anemia, fiebre, erupción cutánea, etc.

Esto también dependerá de los estilos de afrontamiento, los cuales se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables

de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. En este sentido, los estilos de afrontamiento se pueden considerar como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. (Fernández, A. EG 1997).

3.5. AUTOESTIMA

Se sabe que no existe un concepto único de autoestima y que en general se habla de la Autoestima como la capacidad desarrollable de experimentar nuestras potencialidades y de amarnos a nosotros mismos; es por ello que es necesario presentar un concepto que parta como guía desde el punto de vista psicológico, por ello como menciona Segales, Silvia, (2006), págs. 14-22. *“La Autoestima es la fuerza vital que permite a los seres humanos desarrollar la capacidad de apreciarse, de valorarse y respetarse a sí mismos, para ejercer y defender sus derechos, a partir de su aceptación plena”*.

Es por ello que la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de uno mismo.

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Sin cierta dosis de autoestima, la vida puede resultar penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas.

Para Segales, Silvia. (2006), existen ciertos niveles de la Autoestima que no son estáticas en el sujeto, ya que cambiarán por las diferentes etapas que deberá vivir (niñez, adolescencia, juventud, etc.) o por la influencia de las diferentes situaciones, siendo las siguientes:

a) Autoestima Alta o saludable

Potencia la capacidad de reflexión, la creatividad, independencia, adaptación, a los cambios y corregir errores, disposición para cooperar, etc.

Cuanto más sólida es la autoestima de una persona, ella está mejor preparada para hacer frente a los problemas que se presentan en su vida privada y social.

- ❖ Aprecia y quiere a los/las demás porque se considera digno/a de ser querido/a.
- ❖ Siente deseos de expresarse, mostrando su riqueza interior.
- ❖ La persona se acepta tal y como es, sabe apreciar sus cualidades, se respeta a sí mismo y a los demás.
- ❖ Cuida su salud y se reconoce merecedor de sus derechos.

b) Autoestima baja

Es el producto de la acumulación de reacciones emocionales negativas a las experiencias que hacen que una persona se sienta dependiente e inferior y que se perciba indigno/a, por lo que no acepta cumplidos por más sinceros que estos sean.

Cuando la autoestima es baja se sienten inapropiados para la vida porque no se valoran y creen que no sirven para nada, se subestiman.

Creen que su estado de salud es parte de un “castigo divino” y que merecen vivir sin cuidados, descuidando su salud, no hacen nada para mejorar, se pasan el día quejándose de su “mala suerte”, se vuelven dependientes de otras personas y poco a poco se van autodestruyendo.

3.5.1 Áreas de la Autoestima

Existen estadíos sucesivos, en los cuales las personas pasan por diferentes áreas, las cuales dependen del trabajo interno que se haga para lograr una autentica autoestima, estas áreas son:

a) Auto conocimiento:

Implica que la persona sea consciente de sus propios valores, pensamientos, propósitos, acciones, carencias, etc., para no conducir su propia vida hacia la confusión y el engaño personal.

Quiere decir el reconocimiento de la persona, de que vive con el VIH y del conocimiento de sus sentimientos, necesidades, miedos, carencias, capacidades y potencialidades. Reconocer que el VIH es parte del cuerpo.

b) Auto aceptación:

Significa valorarse a través del auto conocimiento, reconociendo las propias potencialidades y carencias, comprometiéndose consigo mismo a superarlas.

Aceptarse a uno mismo, es más que reconocer o admitir algo, es experimentar plenamente las emociones deseadas y no deseadas.

Aceptarse como un ser valioso y único con cualidades y limitaciones, aceptando los sentimientos y la identidad personal propia.

Aprender a convivir con el VIH de una manera digna, sacando fuera de nuestro interior el estigma que proyecta la intolerancia y la discriminación de la sociedad.

c) Auto respeto:

Significa considerarse digno/a de ser feliz porque el comportamiento de la persona está de acuerdo con su sistema de valores y se experimenta el control sobre la propia

vida. Si los actos de la persona chocan con sus valores, ella está actuando contra sus principios, no se respeta y por lo tanto se traiciona a sí misma.

Cuando la persona se auto respeta, su propio juicio es lo único que cuenta, su “yo” es el juez de su vida. Aprender a amarse y a respetarse.

d) Auto concepto:

Es la creencia que presenta uno mismo, relacionado a la creencia de las demás personas con respecto a la conducta de uno mismo. Aporta en la construcción de la propia imagen y la seguridad o inseguridad en sí mismo.

e) Auto valoración:

Implica que las personas guíen su vida a partir de sus propios valores y sentimientos íntimos por que los consideran importantes.

Hay que tener mucho valor para respetar lo que creemos y valoramos y, al mismo tiempo, respetar los valores y creencias de los otros.

Cuidar nuestra salud cumpliendo con las recomendaciones del médico para vivir más tiempo y mejorar nuestra calidad de vida.

Entre los factores que facilitan una buena adherencia destacan el tener sentido de autoestima, conocer y apreciar los efectos positivos de la terapia, comprender cómo funcionan los fármacos antirretrovirales, la aceptación del propio estatus con respecto al VIH, utilizar ayudas y recordatorios para la toma de la medicación, tener acceso a regímenes más sencillos de tomar y con efectos secundarios más llevaderos y contar con una red de apoyo tanto en el entorno cercano como a nivel social.

Por otra parte, la adherencia al tratamiento es un obstáculo para las Personas que Viven con VIH y Sida (PVVS), una de cada tres menciona no recibir la terapia Antirretroviral (ARV) por diversas razones como son la depresión, la ansiedad y el miedo a la toma de los medicamentos, el consumo de alcohol, los efectos adversos

provocados por los propios ARV (más evidenciado en mujeres), y, finalmente, la poca disponibilidad de ARV. La no adherencia al tratamiento predispone al desarrollo temprano de resistencia viral y a la limitación en las opciones disponibles para futuras combinaciones de drogas antirretrovirales.

3.5.2. Autoestima y Personas que Viven con VIH y SIDA.

Dentro lo que requerimos en esta investigación es pertinente citar el concepto de la Autoestima, puesto que se relaciona a la Adherencia, como una fuerza vital que permite a los seres humanos desarrollar la capacidad de apreciarse y respetarse a sí mismos, para ejercer y defender sus derechos, a partir de la aceptación plena de su cuerpo. Cuando algunas personas rechazan partes de su identidad corporal, dañan considerablemente las estructuras psicológicas que los mantienen literalmente vivos.

El juzgarse, rechazarse a uno mismo produce un enorme dolor que limita la capacidad de abrirse a los demás y expresarse abiertamente.

La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Sin cierta dosis de autoestima, la vida puede resultar penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas.

Uno de los principales factores que diferencia al ser humano del resto de los animales es la conciencia de sí mismo: la capacidad de establecer una identidad o no.

El problema de la autoestima está en la capacidad humana de juicio. Una cosa es que le disgusten ciertos colores, ruidos, figuras o sensaciones, pero cuando rechaza partes de sí mismo, se están dañando considerablemente sus estructuras psicológicas que lo mantienen vivo.

Y en este caso en particular la autoestima, es el cuidado de la salud de las Personas que Viven con VIH para tener una calidad de vida digna y de mayor tiempo posible. La mayoría de las Personas que Viven con VIH y SIDA, al ser diagnosticadas, en proceso de recuperar o lograr una autoestima, puesto que cotidianamente se ven

enfrentados contra los prejuicios de la sociedad y a sus propios temores. Es necesario trabajar sobre esos aspectos, para desarrollar esa fuerza vital que les sirve para lograr su propia aceptación y el reconocimiento social de los demás.

Es importante comprender que no existen recetas para mejorar la autoestima, cada persona debe buscar en sí mismo y en el entorno la fuerza para lograr convivir con el virus sin descuidar sus medicamentos o su tratamiento en conjunto. (Lic. Segales, Silvia, 2006, pp. 14-18).

3.5.3 Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y Adherencia

A pesar de que no tiene una relevancia de estudio para este trabajo, se considera importante hablar de los Grupos de Ayuda Mutua, simplemente como aporte teórico, explicando su relación con la Adherencia de las Personas que Viven con VIH y SIDA considerando que estos Grupos permiten la modificación de conductas en la consecución de la Adherencia medicamentosa.

Hay que destacar que históricamente, fue en la década los años 70 que aparece en EE.UU. y centro Europa las asociaciones y los Grupos de Ayuda Mutua, como un recurso a una necesidad no cubierta por la atención primaria y derivada de la crisis industrial y económica. Una de las organizaciones pioneras fue Alcohólicos Anónimos creada en EE.UU. hacia el año 1935.

Los *Grupos de Ayuda Mutua* (GAM), se caracterizan por ser una agrupación de personas que persiguen o comparten un objetivo común; pueden tener distintos niveles económicos, culturales, sexuales y espirituales.

También se caracterizan por tener un sentido de pertenencia, el objetivo es mejorar la calidad de vida de las Personas que Viven con VIH y SIDA, dar un apoyo mutuo, promueve el seguimiento y acompañamiento.

Un grupo fuertemente establecido proporciona seguridad, reduce la ansiedad y eleva la autoestima. La conformación de este grupo es importante para que los miembros

puedan ayudarse mutuamente y enfrentar de forma positiva las agresiones que puedan sufrir de algunos grupos sociales.

Por otro lado, son grupos en los que se encuentran personas que están pasando por la misma situación y se pueden intercambiar experiencias en situaciones emocionales o etapas psicológicas que aún no se han superado, juntos pueden llegar a crear estrategias para lograr una mayor adherencia de los medicamentos.

Se ha podido observar que las Personas que Viven con VIH al momento de recibir el diagnóstico tienden a pasar por diferentes etapas psicológicas y en algunos casos rápidamente pasan a la fase SIDA y suelen fallecer más rápido que otras personas; muchas veces esto tiene que ver con la calidad de vida que tiene la persona y la forma como enfrenta esta situación, es por ello que se ha visto que los GAM son de gran importancia debido a que las personas que asisten regularmente a los mismo han mejorado psicológicamente aceptando su diagnóstico y trabajando los aspectos negativos de su vida, además de mejorar en cuanto a la adherencia de los medicamentos, puesto que al compartir las experiencias con otras personas pueden identificar sentimientos iguales y por ende darse fortaleza y apoyo entre todos.

De los grupos de Ayuda Mutua han salido Líderes quienes han aportado con sus conocimientos y lucha a favor de las Personas que Viven con VIH y SIDA haciendo actividades y gestiones políticas para poder conseguir medicamentos y buscando mecanismos de apoyo a las Personas que Viven con VIH y SIDA de todos los departamentos de Bolivia, logrando la aprobación de Resoluciones y Leyes.

En este marco, dentro de los Grupos de Ayuda Mutua se trabaja el problema de la adherencia al tratamiento, que se ha convertido en los últimos años en un tema de central importancia para todos aquellos involucrados en la atención del VIH y SIDA. (Lic. Segales, Silvia, 2005).

Fines del Grupo de Ayuda Mutua para una buena Adherencia:

- ❖ Apoyarse emocionalmente
- ❖ Controlar sus visitas médicas
- ❖ Apoyarse en momentos de crisis psicológicas.
- ❖ Espacio donde se puede sentir el sentir ya que todos tienen similar condición
- ❖ **Apoya en la consecución de la Adherencia**
- ❖ Es una forma de autocontrol
- ❖ A sobrellevar la pérdida de uno de los miembros del grupo o ajeno a él.
- ❖ A no creer que es uno sólo el que padece el VIH.
- ❖ El grupo permite ser espejo y reflexionar respecto a las conductas de cada miembro (dentro y fuera del grupo).
- ❖ El Grupo de autoayuda fuertemente unido proporciona seguridad, reduce la ansiedad y eleva la autoestima.

Todos estos datos son de tal relevancia para una persona que vive con VIH y más aún si es una persona que acaba de ser diagnosticada, situación por la que requiere de un Grupo de Ayuda Mutua donde se brindan todo el apoyo que la persona requiere. (Lic. Segales, Silvia, 2006).

4. METODOLOGÍA.

4.1 Tipificación de la Investigación.

El presente tema de investigación se ubica dentro del área clínica, porque es el campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos y se dedica al bienestar humano enfatizando en la búsqueda del conocimiento.

La investigación se tipifica como un estudio **Correlacional**, siendo este el tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables.

Descriptivo, ya que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Pretende describir aspectos, características, criterios del tema o del concepto en estudio.

Por ello esta investigación se enfoca precisamente en describir características y criterios que demuestran que la Adherencia al tratamiento está vinculada a una serie de factores relacionados con los aspectos afectivos emocionales de las Personas que Viven con VIH (PVVS) en el contexto Regional, motivo que ratifica la importancia de abordarlos.

Dentro de esta investigación y para el tratamiento y análisis de los datos se tomó en cuenta los enfoques:

Cualitativa, puesto que se tratará de conocer los hechos, procesos, estructuras y percepciones de variables como la adherencia a los medicamentos antirretrovirales, aspectos afectivo emocionales de la enfermedad, etc., de las Personas que Viven con VIH y SIDA.

La investigación **Cuantitativa** hace referencia a la medición y tratamiento estadístico de las variables mencionadas como la depresión, ansiedad, autoestima, motivación, y su relación con la Adherencia.

4.2 Población y Muestra

La población del estudio está constituida por adultos, mayores de 18 años, (30 personas), quienes tienen un diagnóstico de seropositividad y que reciben tratamiento antirretroviral de la ciudad de Tarija.

Para cumplir con el objetivo alcanzado se trabajó mayormente con las Personas que Viven con VIH y SIDA que asiste a la Asociación Vivo en Positivo en la ciudad de Tarija.

4.2.1 Variable de selección

En este estudio participaron, Hombres y Mujeres, que tienen un diagnóstico de seropositividad, que toman medicamentos y que son mayores de 18 años de edad.

4.2.2 Muestra.

En este caso no se realizó una selección muestral puesto que se trabajó con el total de la población, y como se mencionó anteriormente, éste es un estudio descriptivo, donde se analizó a los sujetos desde la perspectiva misma del VIH y su Adherencia medicamentosa.

Cuadro 1
PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y SIDA
En la ciudad de Tarija

HOMBRES	17
MUJERES	13
Total	30 Personas

Fuente: Elaboración propia

4.3 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

El presente estudio se basó en los siguientes métodos:

* **Método Teórico.**- Este método permitió la interpretación conceptual de los datos obtenidos empíricamente mediante el análisis, síntesis, deducción e inducción. Se utilizaron en la construcción y desarrollo de la teoría científica y en el enfoque general para abordar los problemas de la ciencia, estando presentes en los diferentes momentos del proceso de investigación. Este método aporta los instrumentos necesarios para identificar las características del estudio mediante del análisis de la información obtenida sobre la temática.

* **Método empírico.**- Este método se utilizó en la recopilación de los datos, los cuales permiten la intervención, registro, medición, análisis, interpretación y transformación de la realidad en el proceso de investigación, apoyando la práctica de la investigación.

Explican y revelan las relaciones del objeto de investigación, cuyo contenido procede de la experiencia, utiliza **técnicas** como los test, para la obtención de información necesaria para la investigación.

***Métodos estadísticos.**- La información recogida en las escalas numéricas es procesada y tabulada, en base a la cual se calculan los datos, frecuencias absolutas y relativas de las variables, estableciéndose cuadros en base a escalas nominales como así también la presentación gráfica de los mismos.

Para una mejor recolección de la información se utilizaron las siguientes técnicas:

Los métodos, técnicas e instrumentos que se empleó en esta investigación son presentados de manera esquemática en la siguiente tabla:

OBJETIVO	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Adherencia	Cuestionario escrito	semiestructurada,	Cuestionario de Adherencia a los Antirretrovirales SMAQ
Depresión	Test psicológico	Inventario	Depresión de Beck
Ansiedad	Test psicológico	Inventario	Ansiedad de Rojas
Autoestima	Test psicológico	Inventario	35 B

A continuación desarrollamos de manera específica cada uno de los instrumentos planteados:

4.3.1 Cuestionario de Adherencia a los Antirretrovirales.

- a) *Autor.* GESIDA, Grupo de Estudio de Sida SEIMC. Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martín-Conde MT, Casado JL. GESIDA es un grupo de trabajo integrado por profesionales sanitarios, con el objetivo de promover, fomentar y difundir el estudio de la investigación de la infección por VIH y sus complicaciones. El SMAQ es un Cuestionario específico que aportará datos importantes a la investigación ya que refleja la toma y forma de la adherencia a los medicamentos.
- b) *Objetivo del test.* Cuestionario Validado SMAQ “*Validation of a simplified medication adherence questionnaire*”, para evaluar la Adherencia al tratamiento en PVVS.
- c) *A qué objetivo específico contribuye en la investigación que se está diseñando.* Al objetivo específico número 1.-Las Personas que Viven con VIH y SIDA no son Adherentes al tratamiento para VIH.
- d) *Año de creación del test y de la versión que se está utilizando:* Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral actualizado 6/2008; consultado 6/5/2009. Por lo que este cuestionario ha sido validado entre 1998 y 1999 en población española.

- e) *Resumen de los materiales que se emplean.* Este Cuestionario emplea 6 preguntas esquemáticas, que reflejan las diferentes características para el cumplimiento de la adherencia a los medicamentos antirretrovirales, que es lo que se busca indagar con esta investigación.
- f) *Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test.* El cuestionario se aplica de manera individual. Consta de 6 preguntas que investigan distintas facetas del fenómeno: a) olvidos; b) horarios; c) efectos adversos; d) omisión del fin de semana; e) cuantificación en la última semana, y f) cuantificación en el último trimestre. **Graduación Adherencia:** a: 95-100%; b: 85-94%; **No Adherencia:** c: 65-84%; d: 30-64%, e:< 30%.

4.3.2 Escala de Depresión de Beck (BDI)

- a) *Autor.* Beck
- b) *Objetivo del test.* Es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes.
- c) *A qué objetivo específico contribuye en la investigación que se está diseñando. Contribuye al Objetivo 2. –Existe mayor Depresión cuando no hay Adherencia en Personas que Viven con VIH y SIDA.*
- d) *Año de creación del test y de la versión que se está utilizando.* La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación.
- e) *Dónde fue creado y estandarizado el test.* Ha sido validado para población de habla hispana por Conde (1976) y por Bonicatto (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes en psiquiátricos ambulatorios. Morán y Lambert (1983)

compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI-II.

- f) *Resumen de los materiales que se emplean.* El test consta de un cuadernillo de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.
- g) *Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test.* La forma actual es el BDI-II: un instrumento autoadministrado, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Consta de 21 preguntas que se califican tomando en cuenta las veces que se repitan las respuestas, lo que indica que mientras más respuestas negativas aparezcan, más complejo es el cuadro depresivo. La escala de puntuación es: no existe de 0 a 10; ligera de 11 a 21; moderada de 22 a 30; grave de 31 a 40; muy grave más, de 41 puntos. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de una escolaridad de 5° o 6° grado para entender apropiadamente las

preguntas. Esta prueba tiene una buena sensibilidad (94%) y una especificidad moderada (92%) para el tamizaje de depresión en el cuidado primario, teniendo en cuenta como punto de corte para depresión 18 puntos.

4.3.3 Cuestionario de Ansiedad

- a) *Autor.* Rojas, Enrique
- b) *Objetivo del cuestionario.* Identificar el grado de ansiedad
- c) *A qué objetivo específico contribuye en la investigación que se está diseñando.* Responde al objetivo 3: *Las Personas que Viven con VIH y SIDA presentan un grado de ansiedad normal frente a la Adherencia al tratamiento*
- d) Este instrumento nos ayuda a determinar el nivel de ansiedad de las Personas que Viven con VIH y SIDA, tomando en cuenta los síntomas físicos, psicológicos, de conducta, intelectuales y asertivos.
- e) Consta de cien (100) preguntas que se califican mediante una escala de puntuación que puede ser: 0-20 Banda normal, 20-30 Ansiedad Ligera, 30-40 Ansiedad Moderada, 40-50 Ansiedad Grave o más Ansiedad Muy Grave. Rojas, Enrique, 1994:30 La Ansiedad Argentina. La categorización de este instrumento (nivel de ansiedad) es la siguiente:
 - 1. *Banda Normal*, un nivel de ansiedad esperable en una persona.
 - 2. *Ansiedad ligera*, un nivel de ansiedad levemente por encima de lo esperable en una persona promedio.
 - 3. *Ansiedad moderada*, un nivel de ansiedad considerable, manifiestamente superior el término medio.
 - 4. *Ansiedad grave*, un nivel de ansiedad notorio, capaz de provocar desajustes en la actividad del individuo.
 - 5. *Ansiedad muy grave*, un nivel de ansiedad elevado de repercusión negativa en las actividades del sujeto.

4.3.4 Cuestionario de Autoestima 35B.

- a) *Autor.* Henry Dower
- b) *Objetivo del test.* Identificar el grado de autoestima
- c) *A qué objetivo específico contribuye en la investigación que se está diseñando.* Al objetivo específico número 4.- Las Personas que Viven con VIH y Sida y presentan Adherencia, tienen un mayor nivel de Autoestima.
- d) *Año de creación del test y de la versión que se está utilizando.* El test fue creado en 1995; han habido hasta el momento 7 revisiones. La que emplearemos en esta investigación es precisamente la 7ª versión, publicada en 2009.
- e) *Dónde fue creado y estandarizado el test.* Este test fue creado en España en la Academia de Ciencias Económicas y Laborales de la Región de Cataluña. Fue estandarizado en 1995, a través de un estudio de 725 personas, de 14 distritos de la Región Cataluña, con un predominio del 72% de origen hispano.
- f) *Resumen de los materiales que se emplean.* Este test emplea un cuadernillo de 45 preguntas, divididas en 4 áreas, cada una de ellas corresponde con una dimensión de satisfacción personal asociada al trabajo.
- g) *Resumen del procedimiento de aplicación y corrección del test.* El test se aplica de manera individual. La corrección se realiza en base a una hoja de correcciones donde se califican a las respuestas en 4 niveles, que va, desde las respuestas de mayor pertinencia y satisfacción laboral, a las de menor grado. Esta prueba consta de 50 ítems, de los cuales tendrán la opción de elegir entre 0, 1, 2, 3.y la escala de valoración es: 60-75 nivel óptimo, 46-60 excelente, 31-45 muy bueno, 16-30 bueno, 0-15 regular, -1-15 bajo, -16-30 deficiente, -31-45 muy bajo, -46-60 extremo, -61-75 nulo.

4.4 PROCEDIMIENTO.-

De acuerdo con el presente trabajo, se detallará el proceso de investigación tomando en cuenta las siguientes fases:

FASE I. Revisión bibliográfica y contactos con las instituciones y personas vinculadas al estudio.

Se la realizó seleccionado los libros, tomando en cuenta primero todo lo referente a la temática del VIH, los cambios, físicos, psicológicos y sociales que conllevan el vivir con el virus del VIH. Así también todo lo referente a la adherencia a los medicamentos lo cual es una parte importante de la investigación. También tomamos referencia diccionarios, enciclopedias y como ayuda en el Internet donde se encontró gran información para la elaboración de pautas para realizar nuestro Marco Teórico.

Por otro lado se hizo contactos con las Personas que Viven con VIH y SIDA que son miembros de la Asociación Vivo en Positivo, quienes son participes de esta investigación, así como también se contactó a los funcionarios del Programa Its- VIH y Sida de la ciudad de Tarija quienes aportaron información de gran relevancia para este trabajo.

FASE II. Recojo de la información.

Los instrumentos que se utilizaron para la recopilación de datos son los siguientes:

- ❖ Cuestionario de Adherencia a los Antirretrovirales (medicamentos).
- ❖ Escala de Depresión de Beck.
- ❖ Test de Ansiedad de Rojas.
- ❖ Cuestionario de Autoestima 35B.

FASE III. Procesamiento de los datos.

En esta etapa se procedió a ordenar y sistematizar la información recabada de los sujetos, tomando en cuenta la tabulación de los datos obtenidos en programas

estadísticos, configurando las frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas en cada uno de las pruebas aplicadas de manera general y por las variables establecidas con anterioridad. Se elaboraron cuadros y graficas que plasmen los resultados.

Fase IV. Análisis e interpretación de datos:

Se realizó el análisis e interpretación de los datos y su presentación está en diferentes cuadros y gráficos en función a las variables de estudio y tomando en cuenta los objetivos de la investigación a la luz de la teoría que sustenta el presente trabajo; para posteriormente llegar a la redacción de las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

FASE V Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones.

Se elaboró la redacción de los resultados obtenidos en las pruebas e instrumentos aplicados a las personas que son parte de este estudio, todo esto siguiendo los objetivos planteados.

Elaborando las conclusiones del trabajo según resultados y recomendaciones respectivas.

FASE VI Redacción del informe final.

En esta fase se desarrolló un documento final donde se puso a consideración todo lo que engloba este trabajo, tomando en cuenta las normas, reglas de presentación y redacción.

5.1- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente capítulo se presenta el análisis e interpretación de los resultados a los que se ha llegado a través de la aplicación, corrección e interpretación de las pruebas utilizadas en la elaboración de esta investigación.

Se pudo realizar una sistematización de los datos donde se empleó el enfoque cualitativo presentado a través de los cuadros que contienen valores numéricos y expresados de igual manera a través de porcentajes para una mayor comprensión.

El orden de la presentación de los cuadros y análisis, se fue estructurando de acuerdo al orden de los objetivos específicos que han sido planteados en el inicio de la investigación.

Por lo tanto, se comenzó examinando la primera variable que permitió identificar la adherencia medicamentosa en Personas que Viven con VIH y SIDA (PPVS), seguidamente se determinó los aspectos afectivo emocionales, siendo en este caso el nivel de depresión que presentan los mismos, en tercer lugar se identificó en nivel de ansiedad y su relación con la adherencia y finalmente el nivel de autoestima requerido.

Por otro lado se tomó en cuenta indicadores como la edad y el sexo, aspectos que pueden aportar a enriquecer el presente trabajo.

Por último se presentó los gráficos y cuadros que presentan los resultados de cada uno de los objetivos planteados.

5.1.1. ADHERENCIA.

Primer Objetivo: Determinar la Adherencia en las Personas que Viven con VIH y SIDA.

Tomando en cuenta el desarrollo del análisis se considera que es necesario dar una definición de *Adherencia Terapéutica* el cual es la capacidad de las Personas que Viven con VIH y SIDA (PVVS), de involucrarse decididamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral (TARV), de tal manera que pueda cumplir rigurosamente cada una de sus etapas, hasta conseguir la efectiva supresión de la replicación viral.

Una adherencia terapéutica consiste entonces en las capacidades de una persona para seguir con el tratamiento según la prescripción dada, pero también tomando en cuenta la influencia de los diferentes aspectos como la depresión y la ansiedad, que implican la consecución del cumplimiento o no de dicho tratamiento.

Por ello se muestra en el siguiente cuadro la Adherencia.

Cuadro N° 2

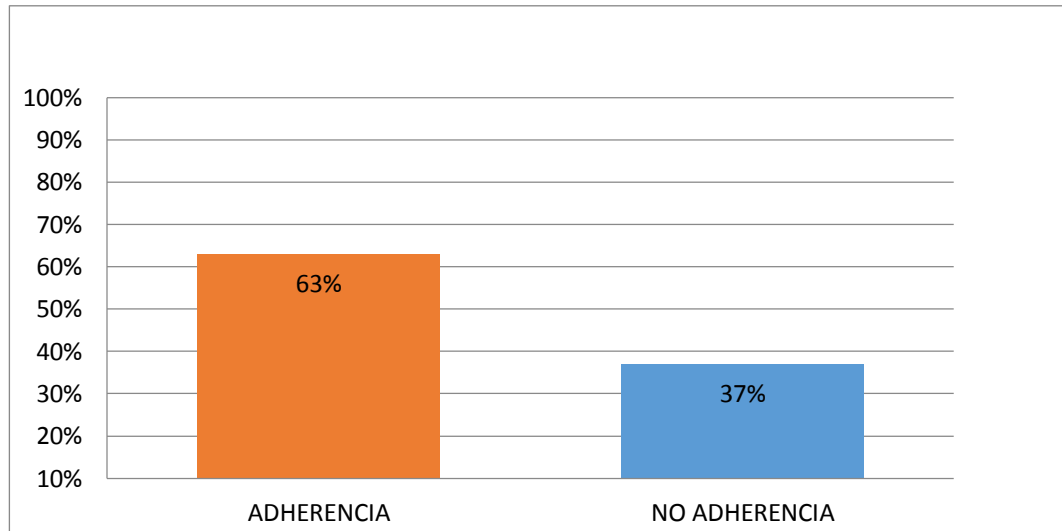
Adherencia de las Personas que viven con VIH y SIDA

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje %
Adherencia	19	63%
No Adherencia	11	37 %
Total	30	100 %

*Fuente: Cuestionario de Adherencia a los Antirretrovirales
Elaboración propia*

Gráfica N° 1

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas que Viven con VIH y SIDA



Los resultados que se aprecian en el **Cuadro N° 2** y en la **Grafica N° 1** muestran que en la mayoría de las personas se produce una Adherencia con un porcentaje del **63 %**, esto indica que este grupo de personas ha logrado obtener una adherencia a los medicamentos considerando su afrontamiento hacia la enfermedad que es necesario para su bienestar físico y esto se ve reflejado en la repuesta inmune hacia el VIH y como mencionan Piña y otros, (2006), en la medida en que se tienen conocimientos acerca de la información sobre el SIDA, los medicamentos, los posibles efectos secundarios, etcétera; es más probable que esos recursos se traduzcan en comportamientos de adhesión en el presente, como tomar los medicamentos, consumir los alimentos indicados y evitar el consumo de sustancias nocivas.

La adherencia al tratamiento implica múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. Por lo tanto en este caso se pone de manifiesto que las

Personas que Viven con VIH de este grupo, presentan una adherencia dentro del régimen terapéutico indicado.

Por otro lado en un porcentaje de un **37%** de no Adherencia, se puede evidenciar que las personas no han logrado la adherencia en función de los objetivos terapéuticos planteados en consecución de su enfermedad, y que por lo tanto, tiene influencia directa sobre su salud y su calidad de vida.

Esto demuestra que es de esperar que las Personas con VIH y SIDA pasen por estados de ansiedad, depresión, estrés, etc., que en determinado momento pueden convertirse en obstáculo para la consecución de una adherencia adecuada.

Es importante tomar en cuenta las actitudes y creencias de cada persona frente a la medicación y las enfermedades, así como su relación con el equipo de salud, son producto de su autodeterminación a la hora de aceptar el tratamiento propuesto y realizarlo de modo sostenido y riguroso.

La falta de adherencia se considera como el «talón de Aquiles» de la terapia antirretroviral. El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores que dificultan la adherencia: más de un fármaco, más de una toma al día, presencia de efectos adversos y tratamientos prolongados, por lo cual alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un auténtico desafío para el paciente y para el personal sanitario.

Cuadro N° 3

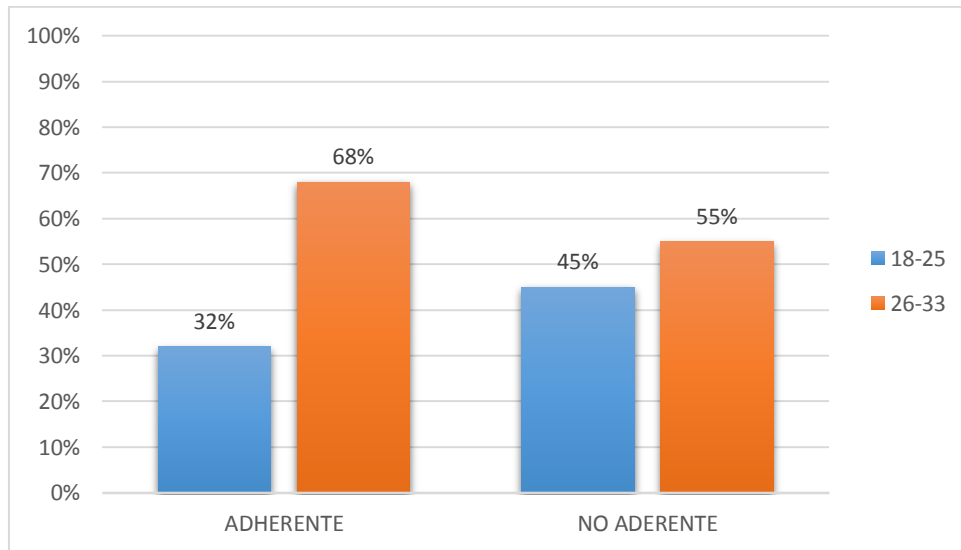
Adherencia de las Personas que Viven con VIH y SIDA según Edad

EDAD	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTALES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
18 - 25	6	32%	5	45%	11	37%
26 - 33	13	68%	6	55%	19	63%
Totales	19	100%	11	100%	30	100%

Fuente: Cuestionario de Adherencia a los Antirretrovirales
Elaboración propia

Gráfica N° 2

Adherencia de las Personas que Viven con VIH y SIDA según Edad



Como se puede observar tanto en el **Cuadro N° 3** como en la **Gráfica N° 2** es posible identificar que los hombres que se encuentran entre las edades de 26 a 33 años tienen adherencia con un porcentaje del **68%** considerando de algún modo aspectos como la madurez, el tiempo de toma de los medicamentos, la percepción de la eficacia del tratamiento que favorecen la adherencia, las responsabilidades y el apoyo de familiares y su entorno social.

También las personas de este rango de edad tienden a buscar una consejería para promover la aceptación del diagnóstico, consensan el plan terapéutico que van a llevar a cabo, buscan reforzar conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento, son informados sobre beneficios y efectos adversos del tratamiento. Tienden al uso de dispositivos de alarma o recordatorios (diarios de medicación, alarmas, teléfonos, pastilleros y otros mecanismos).

Por otro lado también identificamos que los sujetos que están dentro de este rango de edad de 18 a 25 años no presentan adherencia con un porcentaje del **45%**

considerando también que en estas edades probablemente se haya dado por primera vez el diagnóstico de positividad al VIH y se presentan factores que dificultan la Adherencia como el miedo, la frustración, angustias, depresión, falta de información, hasta se podría decir que aspectos como el alcoholismo y la drogadicción pueden implicar en el desarrollo de una no adherencia.

Y en el caso de los jóvenes con diagnóstico positivo al VIH pueden surgir cambios físicos y psicológicos propios de la edad, debido a esto, puede producirse un rechazo al diagnóstico en el inicio de la infección, además de rechazo del tratamiento produciendo creencias y actitudes disfuncionales, así como olvidos y barreras en cuanto al tratamiento, por lo tanto una insuficiente comprensión de la enfermedad y un insuficiente entendimiento de la relación riesgo/beneficio de la adherencia.

La cantidad de medicamentos que deben ingerir las Personas que Viven con VIH y más aún si son jóvenes pueden llevar a un rechazo de la enfermedad y considerarse inmunes a la misma.

Cuadro N° 4

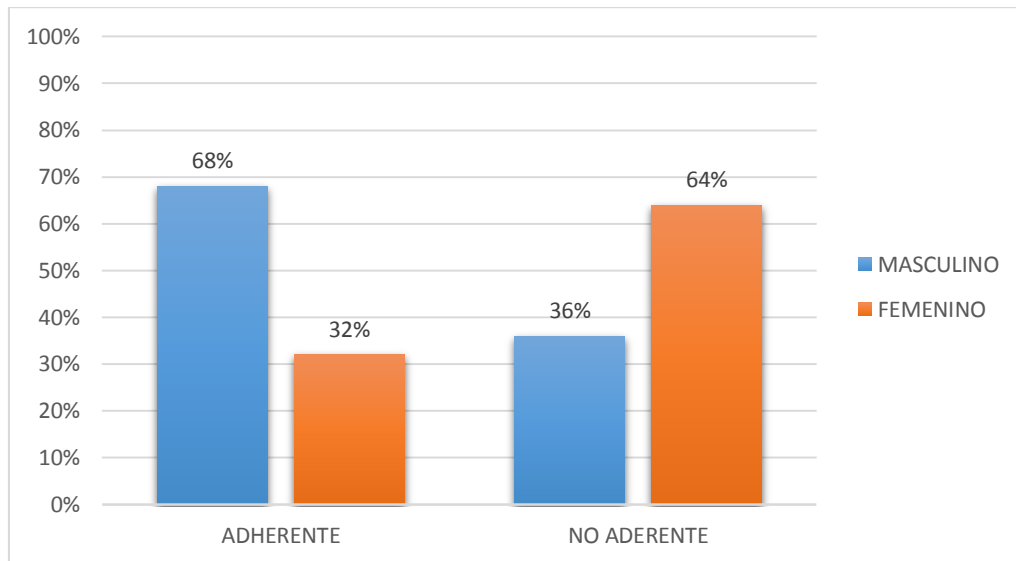
Adherencia de las Personas que Viven con VIH y SIDA según sexo

SEXO	ADHERENTE		NO ADHERENTE		TOTALES	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Masculino	13	68%	4	36%	17	57%
Femenino	6	32%	7	64%	13	43%
Totales	19	100%	11	100%	30	100%

Fuente: Cuestionario de Adherencia a los Antirretrovirales
Elaboración propia

Gráfica N° 3

Adherencia de las Personas que Viven con VIH y SIDA según Sexo



De acuerdo a los datos presentados a nivel general, se demuestra que según el sexo los hombres presentan adherencia en un porcentaje del **68%**, lo cual podría resultar gracias al apoyo que estas personas han recibido por parte de los Grupos de Ayuda Mutua, y debe considerarse que dentro de este grupo de estudio está compuesto en su mayoría por hombres. Tomando en cuenta que la transmisión del VIH es predominantemente sexual ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más de 90% de los casos acumulados de SIDA. Por ello que los hombres tienen mayor prevalencia de adquirir el VIH; sin embargo existe mayor información a la que acceden los hombres en cuanto al cuidado y protección a cerca del VIH y por lo tanto pueden evitar conductas de mayor riesgo. (Guía de Adherencia Terapéutica, 2009).

También en el grupo de las mujeres se presenta **64%** que no ha logrado la adherencia, esto debido probablemente a que las mujeres infectadas con el VIH tienen muchos de los problemas médicos que no tienen los hombres, las infecciones y desórdenes ginecológicos son extremadamente comunes y estos son generalmente los primeros síntomas de la enfermedad en la mujer.

Las mujeres pueden infectarse más fácilmente durante el sexo vaginal que los hombres. Y, si contraen el VIH, tienen problemas que incluyen las complicaciones como infecciones por *Candida* recurrentes, enfermedad inflamatoria pélvica severa y, además, tienen un riesgo más elevado de cáncer cervical, presentan también efectos secundarios distintos a los medicamentos para tratar el VIH además del riesgo de transmitir el virus a su bebé cuando está embarazada o durante el parto.

Considerando estos aspectos se puede decir que la mujer tiene posiblemente una mayor vulnerabilidad en cuanto al VIH por lo que es en cierto modo más difícil conseguir una buena adherencia. Se ha hablado de que la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH posee múltiples rostros: socioeconómico, biológico, epidemiológico, y se ha suscitado por diversas expresiones de culturas sexuales. (*Herrera C, Campero L.2002*)

Por lo tanto, es posible decir que los varones presentan una adherencia a los medicamentos a diferencia de las mujeres, pero en ambos casos, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a la citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral y citología); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual [ITS]; observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.).

5.1.2. DEPRESIÓN.

Segundo Objetivo: *Identificar el nivel de depresión en las Personas que Viven con VIH y SIDA y su relación a la adherencia.*

En este caso también es necesario conocer previamente sobre la depresión, que según *Beck*: cuando una persona pasa por la depresión, genera sentimientos de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general, se convierte en un trastorno del estado de ánimo que provoca una visión distorsionada de sí mismo y del entorno, produciendo manejo de pensamientos dicotómicos, inferencias arbitrarias, abstracción selectiva negativas, que pueden acompañarse de ansiedad.

Es por ello que la persona al enterarse de su diagnóstico, puede experimentar un sentimiento de desorientación y pérdida de visión de futuro ya que esta reacción obedece a una información errónea que genera pensamientos de pesadumbre y desaliento que suelen desembocar en estados de depresión.

En este entendido como se observa en el **Cuadro N° 5** y **Gráfico N°4** se describe el nivel de depresión realizando su evaluación respectiva.

Cuadro N° 5

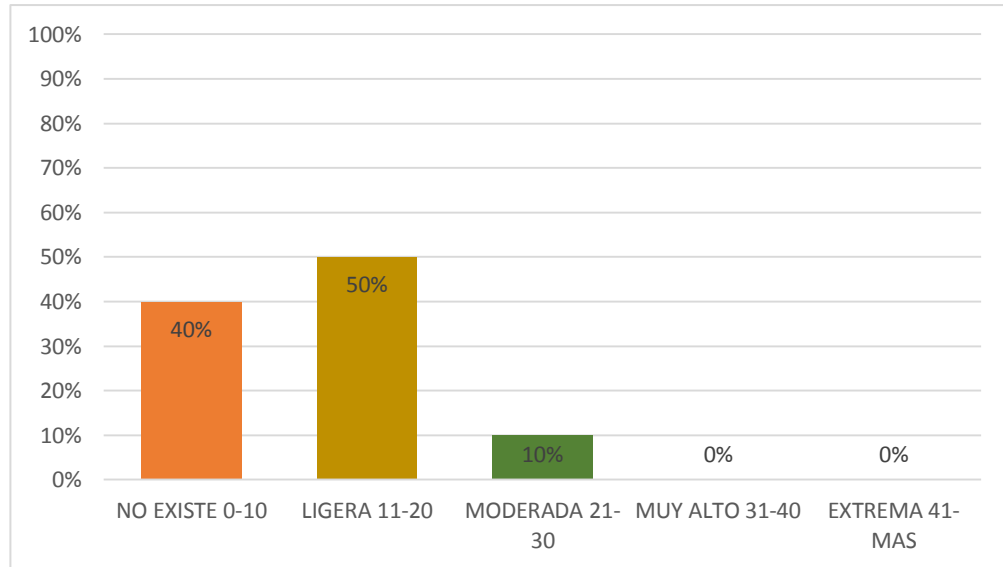
Nivel de Depresión de las Personas que Viven con VIH

Escala \ Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje %
No existe 0-10	12	40 %
Ligera 11-20	15	50 %
Moderada 21-30	3	10 %
Muy alto 31-40	0	0 %
Extrema 41 mas	0	0 %
Total	30	100 %

Fuente: Test de Depresión de Beck.
Elaboración propia.

Gráfica N° 4

Nivel de Depresión de las Personas que Viven con VIH



De acuerdo con los datos presentados a nivel general, dentro de los niveles de depresión el **50%** del total de casos muestra un nivel de depresión Ligera, la misma representa pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás. En términos generales, la depresión puede hacer que el VIH evolucione más rápido y no se genere una adherencia.

Considerando la respuesta del paciente al diagnóstico y los cambios que este producirá en su visión frente al futuro, surge en ellos un desequilibrio emocional, y más aún si existe la presencia de hijos y familiares que están a su cargo manifestado en sentimientos de dolor, consternación, decepción, duda, irritación, culpabilidad, vergüenza, angustia, temor, etc., y asociado a las responsabilidades sociales y económicas que ello implica.

Estos resultados pueden atribuirse posiblemente a que como conceptualmente, la depresión, según BECK, “es un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia

un futuro y hacia el mundo en general; y mucho más si se considera la situación de las Personas que Viven con VIH.

Por otro lado el **40%** del total de las Personas que Viven con VIH y SIDA, no presentan cuadros depresivos, esto debido a que la Persona con VIH desarrolla o tiene asociada una sintomatología no muy intensa; considerándose que en el caso de la presente muestra esto puede deberse a la preparación del paciente mediante consejería pre-test, anterior a ser notificado de su diagnóstico así como la consejería post-test.

En tanto que un **10%** presentan una depresión moderada que aunque no es de gran consideración se toma en cuenta debido a que como sabemos la depresión es un trastorno del estado de ánimo, es una sensación de tristeza o aflicción de una intensidad más profunda y que dura más de lo que debería. Los pacientes con VIH y SIDA, tienen mayor tendencia a manifestar depresión que los portadores de otras enfermedades crónicas, así como riesgo de abandonar el tratamiento médico con dificultades en el desenvolvimiento de actividades cotidianas.

Analizando el **Cuadro N°6 y Gráfico N°5** referido a la Depresión y su relación con la Adherencia se observa lo siguiente.

Cuadro N° 6

Depresión y Adherencia

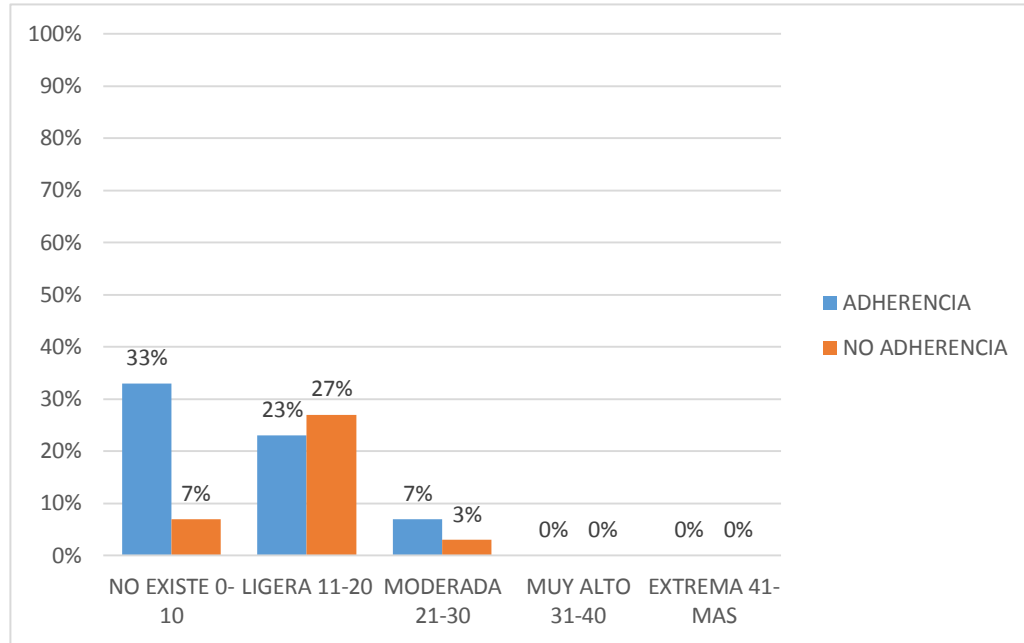
Nivel \ Adherencia	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
No existe depresión	10	33 %	2	7 %	12	40 %
Depresión leve	7	23 %	8	27 %	15	50 %
Depresión moderada	2	7 %	1	3 %	3	10 %
Depresión muy alta	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Depresión extrema	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Total	19	63 %	11	37 %	30	100 %

Fuente: Test de Depresión de Beck.

Elaboración propia

Gráfica N° 5

Depresión y Adherencia en PVVS



Como se puede observar en este cuadro, **33%** de los sujetos que presentan adherencia no tienen niveles de depresión, lo que permite afirmar que la mayoría de ellos está pudiendo lidiar con el diagnóstico de VIH sin llegar a niveles de tristeza, agobio o alteraciones cognitivas que supongan un menoscabo significativo en su vida diaria.

En ese sentido, el estar infectado con el VIH puede que no guarde una relación directa con la depresión, y esta sintomatología avance conforme progresa la infección, sino que son ciertos efectos de la enfermedad los que tienen un papel más influyente, tales como el estigma social y otros estresores sociales.

Así mismo de las personas que no han logrado la Adherencia y en este caso presentan depresión ligera con un **27%**, esto puede deberse a la deserción y el incumplimiento de los pacientes a las indicaciones médicas. En estos casos se habla de que la persona no se apega al tratamiento. Además de que los tratamientos antirretrovirales son complejos, significando en ocasiones que el paciente debe ingerir hasta 30 píldoras en el día, las cuales se deben tomar a intervalos precisos cuidando las interacciones con

otros medicamentos así como con los alimentos, situaciones que pueden llevar al sujeto a una depresión como se evidencia en este caso. Hays, Turner y Coates (1992) explican que, ante la ausencia de síntomas, la persona podría mantener la creencia de que no progresará hacia la etapa SIDA o que se hallará un tratamiento eficaz antes de que llegue a ésta e, incluso, puede negar o rechazar que será afectada.

También cabe mencionar que en un porcentaje más bajo como el **7%** de las Personas que Viven con VIH y Sida, presentan una depresión moderada, esto se explicaría por el fuerte impacto emocional que supone el vivir con VIH y tomar medicamentos los cuales tienen sus repercusiones en amplias esferas de la vida de estos pacientes, considerando que la depresión, la ansiedad y la ira son las reacciones emocionales que se manifiestan con más frecuencia entre los pacientes seropositivos.

5.1.3. ANSIEDAD.

Tercer Objetivo: Determinar la relación de la ansiedad con la adherencia a la terapia antirretroviral de las personas seropositivas.

Para dar inicio al análisis es importante considerar la definición que de acuerdo con ROJAS: la *Ansiedad* consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada. Identificada como una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad. Por ello las Personas que Viven con VIH y SIDA pueden sufrir de ansiedad, considerando su diagnóstico inicial, bajar el conteo de CD4, (*son un tipo de células que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario*) revelar su cero estatus y otros temas relacionados al estigma son algunos de los retos que un PVVS (Persona que Vive con VIH y SIDA), tiene que afrontar durante el transcurso de su vida como persona seropositiva. Un cierto nivel de ansiedad con tales hechos es una respuesta completamente normal.

Siguiendo con lo expresado revisamos los datos presentados que permiten establecer los niveles de ansiedad que presentan las Personas que Viven con VIH y SIDA.

Cuadro N° 7

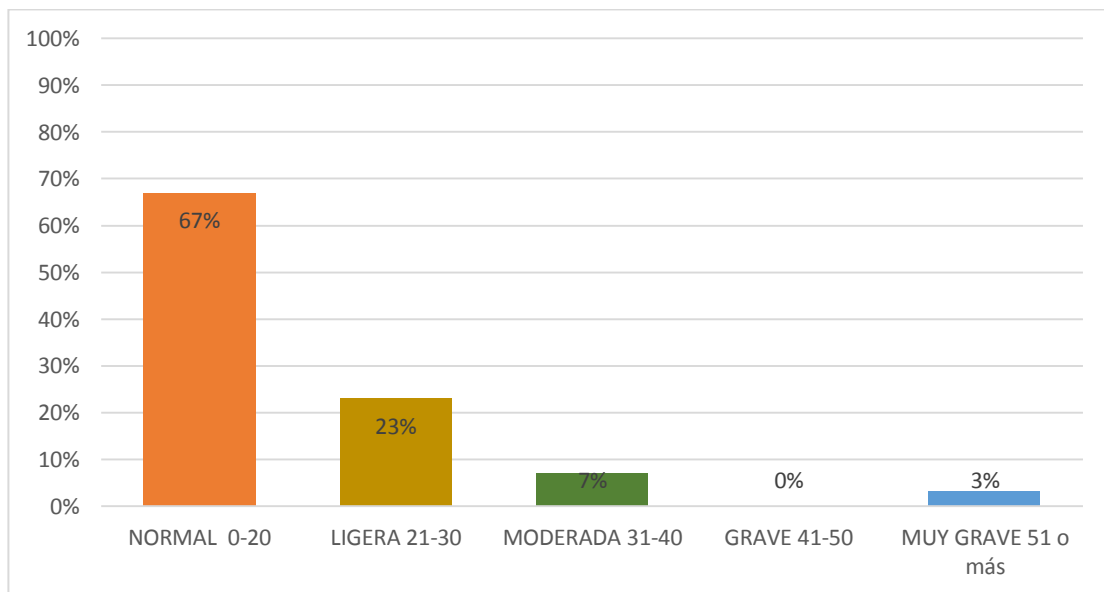
Nivel de Ansiedad de las Personas que Viven con VIH y Sida

Escala \ Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje %
Normal 0 - 20	20	67 %
Ligera 21 - 30	7	23 %
Moderada 31 - 40	2	7 %
Grave 41 - 50	0	0 %
Muy grave 51 ó más	1	3 %
Total	30	100 %

Fuente: Test de Ansiedad de Rojas
Elaboración propia

Gráfica N°6

Nivel de Ansiedad en las personas que Viven con VIH y SIDA



Siguiendo con el análisis como se ve en el Cuadro N° 7 y la Gráfica N° 6 se puede evidenciar que las Personas que Viven con VIH y SIDA presentan un Nivel de Ansiedad Normal, con un porcentaje del **67%** considerando que existe ansiedad por el hecho de ser una persona VIH positiva, por la reacción de los demás respecto a su diagnóstico, por un probable abandono y rechazo de la familia, de los amigos o de la pareja.

La persona enfrenta muchas pérdidas físicas y afectivas, y por cada una de ellas atraviesa periodos de duelo emocional que va involucrado estados de ansiedad en sus diferentes niveles.

En cuanto a la ansiedad ligera con un porcentaje del **23%** podemos discernir que existe un grado de ansiedad en cuanto a la forma, tiempos y circunstancias en las que debe comenzar a tomar la terapia antirretroviral, situaciones en las que se destacan por ejemplo, los horarios y las cantidades de los mismos.

De igual modo es posible observar que un porcentaje del **7%** presenta una ansiedad moderada, considerando que la correcta adherencia al tratamiento antirretroviral es uno de los factores más importantes para conseguir unos niveles terapéuticos adecuados en el paciente que Vive con VIH y lograr así el objetivo final del tratamiento antirretroviral que es la supresión profunda y duradera de la replicación viral.

Como se evidencia también en la gráfica, el **3%** de las Personas que Viven con VIH y SIDA presentan ansiedad muy grave esto en referencia a que la ansiedad se manifiesta con un estado constante de alerta y malestar y se acompaña de reacciones físicas.

Así como una reacción ansiógena ante el VIH es esperable y prácticamente inevitable en todos los casos, ya que se trata de un mecanismo de adaptación de la persona a su nuevo contexto, la enfermedad.

La función de la ansiedad es la de preparar al afectado para que se mantenga alerta y activado ante las situaciones amenazantes que va a vivir (exámenes médicos, hospitalizaciones, tratamientos farmacológicos, notificaciones a los allegados, entablar relaciones con una persona de su agrado, etc.) (Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2006, Vol.11 (2), 79-90).

Cuadro N° 8

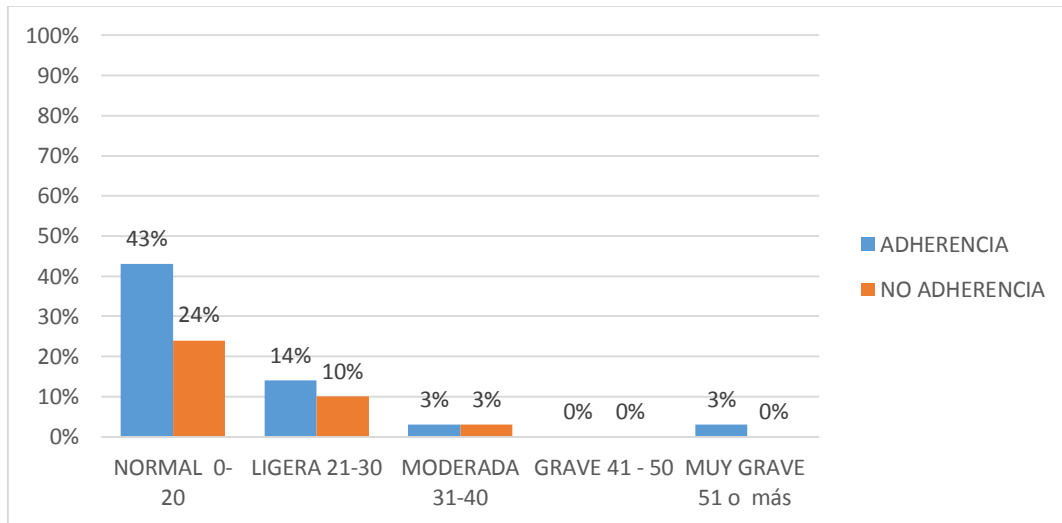
Ansiedad y Adherencia en PVVS

Nivel \ Adherencia	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Normal	13	43 %	7	24 %	20	67 %
Ligera	4	14 %	3	10 %	7	24 %
Moderada	1	3 %	1	3 %	2	6 %
Grave	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Muy grave	1	3 %	0	0 %	1	3 %
Total	19	63 %	11	37 %	30	100 %

Fuente: Test de Ansiedad de Rojas
Elaboración propia

Gráfica N° 7

Ansiedad y Adherencia en PVVS



Como se puede identificar en el **Cuadro N° 8** y la **Gráfica N° 7**, las personas que Viven con VIH y SIDA que presentan Adherencia con el **43%**, se encuentran en un nivel de *Ansiedad Normal* puesto que tener un diagnóstico inicial, bajar el conteo de CD4, revelar el cero estatus y otros temas relacionados al estigma son algunos de los retos que un PVVS tiene que afrontar durante el transcurso de su vida como persona

seropositiva y todos están asociados con la ansiedad aunque se considera que un cierto nivel de ansiedad con tales hechos es una respuesta completamente normal.

A su vez junto a la Adherencia representada por un **14%**, presentan una ansiedad Ligera esto quiere decir que este dato son indicativos de que la ansiedad normalmente hace que la función del individuo se active se movilice ante diferentes situaciones amenazantes como es el caso de los efectos de los ARV (Antirretroviral) puesto que algunas personas sufrirán estos efectos secundarios con mucha más intensidad.

Finalmente se puede apreciar una tendencia de las personas que tienen un nivel de ansiedad entre moderada y muy grave con un porcentaje del **3%**, y tomando en cuenta esto se puede evidenciar que las Personas con VIH pasan por diferentes procesos en relación al diagnóstico y sobre todo al momento de comenzar la terapia antirretroviral, la ansiedad pone a nuestro cuerpo en lo que se llama una respuesta de “combatir o huir” de una amenaza percibida y resulta en reacciones físicas que pueden ayudarnos a hacerlo.

Es decir que las personas con VIH en ocasiones lo que sienten realmente, es que tienen sentimientos de miedo que son irreales, tienen una sensación de inquietud, se sienten incómodos e intranquilos dondequiera que se encuentren, pueden mostrarse irritables, tensos y preocupados por su cuerpo, además sufren insomnio y problemas que van asociados a la toma de medicamentos en general.

5.1.4. AUTOESTIMA.

Cuarto Objetivo: Establecer la relación entre el nivel de autoestima y la adherencia medicamentosa en Personas que Viven con VIH y SIDA.

Para cumplir con dicho objetivo es importante señalar que la Autoestima es la fuerza vital que permite a los seres humanos desarrollar la capacidad de apreciarse, de valorarse y respetarse a sí mismos, para ejercer y defender sus derechos, a partir de la aceptación plena de su cuerpo. (Segales, Silvia, 2004).

Es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que se desarrolla desde la infancia, a partir de las experiencias de la persona y de su interacción con los demás.

La autoestima se ha convertido en un concepto que juega un papel importante a lo largo de toda nuestra vida.

Todos, tenemos la necesidad de autoestima y cuando las necesidades de autoestima están satisfechas los sentimientos de confianza en sí mismo, de auto valor, de fuerza, de capacidad y respeto aumentan de tal forma que es notorio el cambio de actitud, sobre todo cuando se trata de una Persona que Vive con VIH y SIDA.

Por lo anteriormente mencionado, se hace el análisis de los siguientes cuadros.

Cuadro N° 9

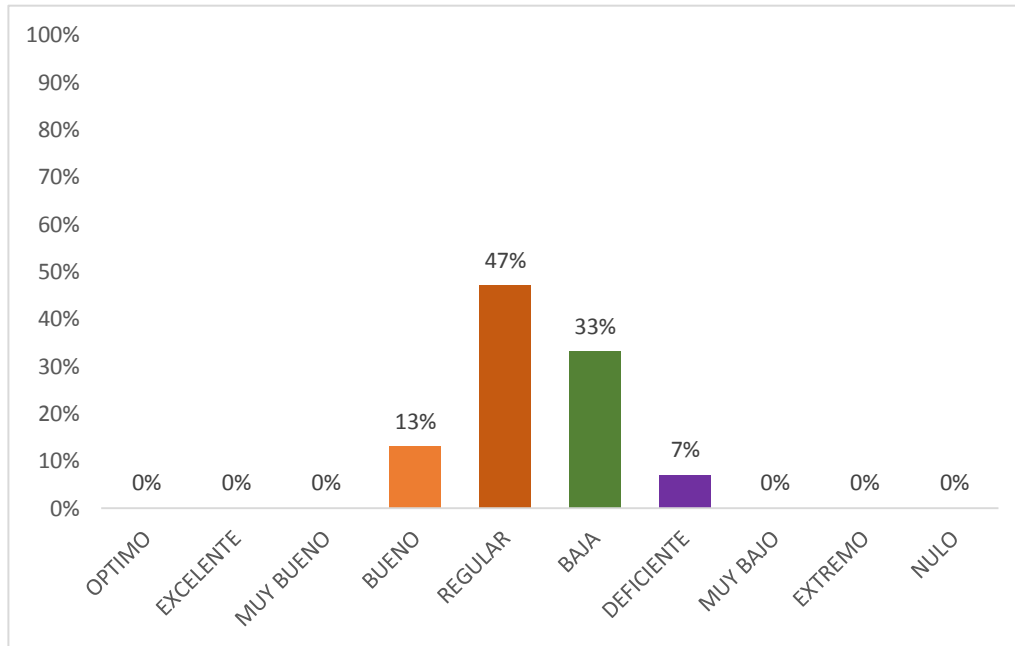
Nivel de Autoestima de las Personas que Viven con VIH y SIDA

Frecuencia Nivel	Fr.	%
Optimo	0	0 %
Excelente	0	0 %
Muy bueno	0	0 %
Bueno	4	13 %
Regular	14	47 %
Baja	10	33 %
Deficiente	2	7 %
Muy bajo	0	0 %
Extremo	0	0 %
Nula	0	0 %
total	30	100 %

Fuente: Cuestionario de Autoestima 35B
Elaboración propia

Gráfica N° 8

Nivel de Autoestima de las Personas que Viven con VIH y SIDA



Como muestran el **Cuadro N° 9** y la **Gráfica N° 8**, se llega a la conclusión de que existe un porcentaje significativo del **47%** de los pacientes que tienen un nivel de autoestima Regular, puesto que la persona tiende a frustrarse fácilmente, se siente impotente por lo que pueda pasar en torno a su familia, su trabajo, su entorno y sobre todo con su estado de salud, tiende a actuar a la defensiva y culpa a los demás por sus debilidades, lo cual podría conllevar al paciente a la no adherencia y/o presentar complicaciones, repercutiendo negativamente en el proceso de recuperación de su salud y adaptación de su calidad y estilo de vida.

Las personas con VIH se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan, debido al temor a reacciones negativas de los otros, el aislamiento aumenta el sentimiento de "ser el único con SIDA", y ocasiona ansiedad, depresión y suicidio debido a que su autoestima está involucrada de manera negativa.

Continuando con el análisis observamos que un **33%** de Personas que Viven con VIH tienen nivel de autoestima baja, considerándose faltos de seguridad, generando miedo a expresar sus sentimientos u opiniones prefieren guardar sus sentimientos y son mucho más vulnerables. Así lo corrobora *Egúsqiiza E. (2010)*, cuando menciona que las Personas que Viven con VIH y SIDA, además de vivir el rechazo, lo que impacta en su autoestima y aislándolo de su familia y su entorno social, creando una autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma, también un sentimiento de culpabilidad por la que se acusa y se condena al haber contraído la enfermedad, puede exagerar la magnitud de sus errores y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo, esto depende también del ambiente familiar, social y educativo en el que se desenvuelva y los estímulos que éste pueda brindar.

Solo un porcentaje del **13%** presenta autoestima buena, considerando que son capaces de aceptarse y confiar en sí mismos, así también lo menciona *Coopersmith (1996)*, sostiene que la autoestima es la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo.

Esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno.

Finalmente aunque presentan adherencia, se muestra una tendencia de autoestima Deficiente con un **7%**, tomando en cuenta las características generales del proceso crónico de la enfermedad y como refiere *Coopersmith (1996:34)*, quien afirma que existen diversas características de la autoestima, entre las cuales incluye que es relativamente estable en el tiempo.

Esta característica incluye que la autoestima es susceptible de variar, pero esta variación no es fácil, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la autoestima.

Cuadro N° 10

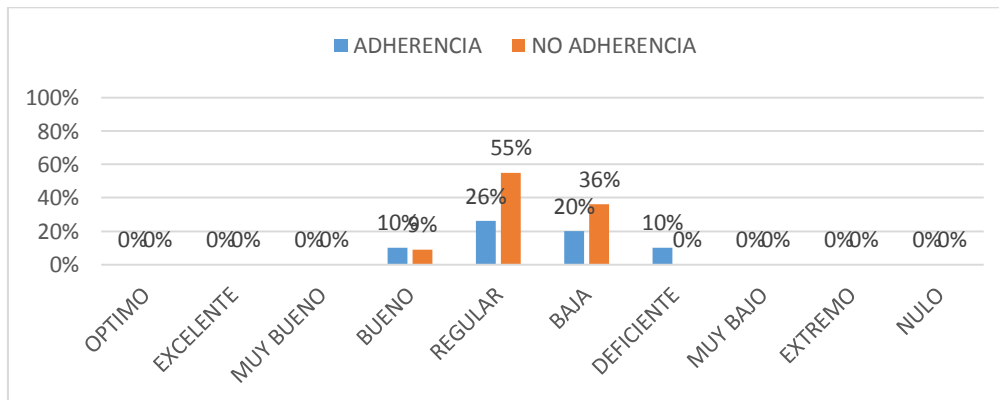
Relación de la Autoestima y la Adherencia en PVVS

Nivel \ Adherencia	Adherencia		No Adherencia		Total	
	Fr.	%	Fr.	Fr.	%	Fr.
Óptimo	0	0	0	0	0	0
Excelente	0	0	0	0	0	0
Muy bueno	0	0	0	0	0	0
Bueno	3	10%	1	9%	4	13%
Regular	8	26%	6	55%	14	47%
Baja	6	20%	4	36%	10	33%
Deficiente	2	10%	0	0	2	7%
Muy bajo	0	0	0	0	0	0
Extremo	0	0	0	0	0	0
Nula	0	0	0	0	0	0
Total	19	63%	11	100%	30	100%

Fuente: Cuestionario de Autoestima 35B
Elaboración propia

Gráfica N° 9

Relación de la Autoestima y la Adherencia en PVVS



De acuerdo al **Cuadro N° 10** y la **Gráfica N° 9**, el **55%** de las Personas que Viven con VIH y SIDA, presentan una autoestima regular frente a la no adherencia, lo que puede significar que en el momento de darse cuenta de que se vive con VIH, el

deterioro de la autoimagen se asocia a los valores, principalmente relacionados a la sexualidad y estos son entonces manifestaciones de sentimiento de culpa ante la responsabilidad no aplicada de autoprotegerse y ante los probables contactos de riesgo con otras personas sin saberse viviendo con VIH, lo que puede producir una respuesta a múltiples factores como sentimientos de pérdida de control sobre el propio destino, cambios en la autoimagen de “estar sano” a “estar enfermo”, preocupación sobre las implicancias de la enfermedad en las relaciones personales y laborales, reconocer que se tendrán que afrontar asuntos difíciles evitados anteriormente como el comunicar el diagnóstico a la familia, experimentar el malestar de los síntomas físicos y enfrentar la posibilidad del declive de la salud y la muerte.

De igual modo se puede observar que las personas que tienen baja autoestima con un porcentaje del **36%** tampoco presentan adherencia esto probablemente sea debido a que se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan, debido al temor a reacciones negativas de los otros. Por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de autoestima y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.

Como menciona Egúsqiza V., E. (2010), la autoestima es fundamental en cada ser humano y las Personas que Vive con VIH y SIDA, tienen un nivel de autoestima baja respecto a la dimensión sentimientos hacia uno mismo relacionado a considerarse que no son personas dignas de estima, en la dimensión valoración de actos propios, que no tienen motivo de que enorgullecerse, y en la dimensión de confianza, que no pueden hacer las cosas tan bien como los demás, lo cual podría conllevar al paciente a recidivas y/o presentar complicaciones, repercutiendo negativamente en el proceso de recuperación de su salud y adaptación de su calidad y estilo de vida.

5.2. ANALISIS DE LAS HIPÓTESIS.

Para el presente estudio se ha planteado la siguiente hipótesis que indica:

****“Las Personas que Viven con VIH y SIDA no son adherentes al tratamiento de VIH”.***

Según los datos presentados, y como se muestra en el Cuadro N° 2, que se refiere a la no adherencia en Personas que Viven con VIH y SIDA al tratamiento antirretroviral, es posible afirmar que la presente hipótesis se rechaza, puesto que la mayoría de las personas son Adherentes, demostrado con un porcentaje del 67% en la adherencia; esto indica que para estas personas, no ha habido falla terapéutica, siendo que los pacientes han cumplido con los criterios terapéuticos y que los mismos llegaron posiblemente a una carga viral indetectable, lo que significa que pueden llevar una mejor calidad de vida y por ende presentan un incremento de sus niveles de adherencia.

****“Existe mayor Depresión cuando no hay Adherencia en Personas que Viven con VIH y SIDA”***

Analizando los datos presentados en cuanto a la adherencia y su relación con la depresión y de acuerdo al Cuadro N° 6 se puede evidenciar que el **27%** de las personas que Viven con VIH y SIDA, presenta depresión Leve. Tomando en cuenta sus características como las representaciones sociales del paciente acerca de sí mismo, su enfermedad, las causas de ella, los medicamentos y sus significados implícitos, las creencias del paciente acerca de los medicamentos, la necesidad del uso y preocupación por el daño que éste generaría (dependencia, efectos adversos) y su correlación con la adherencia.

De igual modo, hay una tendencia del **33%** en las Personas que Viven con VIH y SIDA que no presentan Depresión, esto considerando a aquellas personas que han logrado la Adherencia, y por ello se puede decir que en estas personas no han existido

problemas de niveles bajos de energía, ideación suicida, imágenes del cuerpo distorsionadas, expectativas de castigo, dificultad para la acción y retiro social.

Por lo tanto en relación con lo dicho anteriormente se rechaza la hipótesis formulada con respecto a mayor depresión asociado a la no adherencia, puesto que las Personas que Viven con VIH y SIDA no presentan una mayor depresión respecto a la Adherencia Medicamentosa.

****“Las Personas que Viven con VIH y SIDA presentan un grado de ansiedad normal frente a la adherencia al tratamiento”.***

Con respecto al grado de ansiedad en las Personas que Viven con VIH y SIDA y de acuerdo a los datos presentados en el Cuadro N° 8, ésta hipótesis se confirma, ya que las Personas que Viven con VIH y SIDA y que siguen un tratamiento Antirretroviral muestran niveles de ansiedad normal, con un porcentaje del **43%**, considerando que existe ansiedad por el compromiso y la participación de una persona en su propio cuidado, además de la idea de la reacción de los demás respecto a su diagnóstico, y sobre todo sumado a la toma de medicamentos en presencia de otros lo que puede generar desde el rechazo de la familia, de los amigos, de la pareja o hasta inclusive el despido en sus fuentes laborales, por lo que va involucrando estados de ansiedad en sus diferentes niveles, que perjudican sus actividades cotidianas y su estado emocional.

****“Las Personas que Viven con VIH y SIDA y presentan Adherencia, tienen un mayor nivel de Autoestima”.***

Dando respuesta a la última hipótesis, se observa en el cuadro N° 10, que las Personas que Viven con VIH y SIDA y que tienen Adherencia, presentan un nivel Regular de Autoestima, con un porcentaje del **26%**, debido a que las personas tienen y expresan sentimientos de rechazo hacia uno mismo relacionado a considerarse que no son personas dignas de estima, son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir

situaciones que le dan angustia y temor, son aisladas, tienen temor a que se sepa su diagnóstico, y manejan mucho sentimiento de culpa.

Por estas características en cuanto a que las Personas que Viven con VIH y SIDA y presentan Adherencia tienen un mayor nivel de autoestima, se demuestra que la hipótesis se rechaza.

Por otro lado, también es posible observar que hay un porcentaje de **55%** de personas que Viven con VIH y SIDA y que no lograron la Adherencia, pero que también se encuentran en un nivel Regular de Autoestima, por lo tanto se considera en esta situación que la autoestima no está determinando la consecución de la Adherencia en personas que Viven con VIH y SIDA en la ciudad de Tarija.

6.1. CONCLUSIONES

Al realizar el análisis de los resultados de la presente investigación, se puede llegar a diferentes conclusiones en lo que se refiere a la relación de los Aspectos afectivo emocionales y la adherencia al tratamiento en Personas que Viven con VIH y SIDA en la ciudad de Tarija, las cuales se expresan en función a los objetivos planteados en la investigación, y son las siguientes:

1.- Determinar la adherencia en las Personas que Viven con VIH y SIDA.

En términos generales las Personas que Viven con VIH y SIDA en la ciudad de Tarija y las cuales han sido parte de este estudio, presentan la Adherencia requerida y favorable. La Adherencia al Tratamiento Antirretroviral desempeña un papel fundamental en la decisión de iniciar tratamiento y es determinante para la duración de la respuesta virológica, habiéndose demostrado que la falta de cumplimiento es la principal causa de fracaso terapéutico. En este caso se considera que las personas que Viven con VIH y SIDA en Tarija, se encuentran en condiciones físicas, biológicas y psicológicas óptimas, para poder lograr la Adherencia y llegar a una carga viral indetectable, lo que significa que aunque el virus siga en el cuerpo, en el análisis virológico aparecen sin existencia o se encuentran en otros nódulos linfáticos que no afectan la salud de la persona.

Aunque no tiene mucha relevancia para este estudio, se ha tomado en cuenta tanto a hombres y las mujeres y el rango de edades establecidas, se tiene que los hombres presentan Adherencia, a diferencia de las mujeres, las cuales tienen problemas específicos, como ser irregularidades en el ciclo menstrual, infecciones de transmisión sexual más marcados y frecuentes, la discriminación, el machismo, etc.

En cuanto a la edad, en el rango de 26 a 33 años las Personas que Viven con VIH y SIDA, en general presentan Adherencia a los medicamentos, considerando la madurez, la experiencia y los años de la toma de medicamentos.

2.- Identificar el nivel de depresión en las Personas que Viven con VIH y SIDA y su relación a la adherencia.

En este caso llego a la conclusión de que las Personas que Viven con VIH y que han logrado la Adherencia no presentan Depresión, puesto que a pesar de que presentan una serie de estados emocionales que implican experimentar sentimientos de desmotivación, falta de energía y visión de un futuro poco esperanzador, han conseguido una Adherencia a los medicamentos.

Pero también se observa el caso de las Personas que no tienen Adherencia, las cuales presentan una Depresión leve, posiblemente debido a la ansiedad, el temor, la culpa por no haber tomado las medidas adecuadas de prevención y en otros casos por haber transmitido a su pareja o a sus hijos; y que por lo tanto pueden presentar algunos síntomas de la depresión y en este caso puede ser, el dejar de consumir alimentos o sus medicamentos como respuesta ante el conocimiento de tal situación.

3.- Determinar la relación de la ansiedad con la adherencia de las personas que Viven con VIH y SIDA.

En cuanto a este objetivo, al determinar la relación de la ansiedad con la Adherencia, durante todo este trabajo se ha evidenciado que las personas que Viven con VIH y SIDA, sufren de estados de ansiedad generalizados, siendo ésta normal, sobre todo en la toma de los medicamentos puesto que se requiere un cumplimiento estricto para la toma de ARVs y para evitar problemas de resistencia del virus a los medicamentos, lo que implica muchos factores como los lugares donde se toma, en el sentido de que pueden ser observados por otras personas, además se ha demostrado que los factores más relevantes en cuanto a la No adherencia son la complejidad del tratamiento, los efectos secundarios, los problemas psicológicos, la adicción activa a drogas y/o alcohol, la falta de soporte social y familiar, las actitudes y creencias del paciente con respecto a la infección por el VIH y al

tratamiento antirretroviral, etc., son aspectos que generan ansiedad en las Personas que Viven con VIH y SIDA.

4.- Establecer la relación entre el nivel de autoestima y la adherencia en Personas que Viven con VIH y SIDA.

Considerando los datos presentados sobre este objetivo, podemos decir que las Personas que Viven con VIH y SIDA presentan un nivel de autoestima entre regular a baja considerando las personas diagnosticadas con VIH positivo perciben como castigo el tener VIH, además de creer que es lo peor que le puede suceder a una persona por la misma concepción errónea del VIH, y se consideran débiles para vencer sus deficiencias, permanecen aislados ante un grupo social determinado, son sensibles a la crítica, se encuentran preocupados por problemas internos, presentan dificultades para establecer relaciones amistosas, lo cual les genera aún más pesar psicológico, porque pierden el valor como persona y que repercute en su autoestima.

Las personas diagnosticadas con VIH manifiestan un estado de duelo tras conocer su nueva realidad, presentando distintas etapas que puede ser: Negación, Ira o Enojo, Pacto o Negociación, Depresión y Aceptación de su diagnóstico; las cuales no necesariamente se pueden presentar en un orden establecido ni darse todas en el mismo sujeto, eso dependerá del nivel de la autoestima de la persona y sobre todo de las características personales de cada uno/a.

También se puede identificar que las Personas que Viven con VIH y SIDA tienden a ser más retraídas por su condición del diagnóstico y junto a la toma de medicamentos va a depender del nivel de autoestima que la persona tenga para poder sobrellevar la enfermedad durante toda su vida.

6.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se presentan en este trabajo y según las conclusiones a las que se ha llegado podemos sugerir lo siguiente:

A las Personas que Viven con VIH y SIDA y al Sistema de Salud.

- ❖ Es importante lograr un acompañamiento a las PVVS, para tener la mayor cantidad de información respecto al VIH y saber en qué momento se está preparado para comenzar el tratamiento sobre todo para aquellas personas que están iniciando.
- ❖ Tomando en cuenta que los medicamentos son extremadamente caros para el país, es importante darle mayor importancia a la Adherencia en las Personas que Viven con VIH y SIDA.
- ❖ En los pacientes en los que no se alcancen niveles de adherencia o cumplimiento considerados adecuados, se deben intentar estrategias de intervención de forma multidisciplinaria, basadas en aspectos psicoeducativos y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del Tratamiento Antirretroviral a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias para la resolución de problemas.
- ❖ Dada la importancia que la Adherencia al TARV tiene en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes seropositivos y los costos que este problema está generando a los sistemas de salud, se recomienda realizar este estudio con una población mayor de pacientes, de modo que contribuya a reorientar mejor los programas de atención y su efectividad, tomando en cuenta a los niños.
- ❖ Los psicólogos deben trabajar con la familia en la consecución del empoderamiento de la persona a fin de que asuma su condición y la toma de medicamentos, además del apoyo psicológico en general que se requiera.
- ❖ Algunos medicamentos ARV, cambian la forma del cuerpo como la lipodistrofia, que puede generar molestias, retraimiento, etc.; por ello se debe

trabajar para mejorar la autoestima de las Personas que Viven con VIH y SIDA.

- ❖ Acudir a los Grupos de Ayuda Mutua donde la persona puede recibir contención tanto por el grupo mismo como por un Psicólogo@ y por lo tanto recibirá mayor información sobre el VIH, sobre todo si son personas que recientemente han recibido el diagnostico,

A la Universidad.

- ❖ Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de la salud, considerando las carreras y programas que están involucrados en el área médica dentro de la Universidad Juan Misael Saracho, así como dentro del Seguro Universitario.
- ❖ Se sugiere que la prueba de VIH y la orientación, vinculadas con la prevención, el tratamiento y la asistencia sean accesibles a todos los estudiantes Universitarios, esto puede darse a través de convenios con el Programa Departamental de Its/ VIH y SIDA de Tarija.
- ❖ Que dentro de la malla curricular Universitaria se implementen materias de la Salud donde se aborden temas específicos de VIH y SIDA, para conocimiento y práctica de los alumnos.
- ❖ Cuando se detecten problemas psicológicos o en casos de trastornos psiquiátricos, las intervenciones no deberán ser tan sólo educacionales sino dirigidas también a mejorar el estado emocional del paciente y deberán ser responsabilidad de profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras).
- ❖ En lo posible que se formen profesionales especializados en temas de VIH y SIDA para la atención de Personas que Viven con VIH y SIDA además de familiares, considerando que cada vez más nuestra ciudad presenta más casos, según las estadísticas del Programa Its/ VIH y SIDA.